



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Effekte von institutionellem Missbrauch auf klinisch relevante Symptome im Erwachsenenalter unter Berücksichtigung der Emotionsregulation als Mediator“

verfasst von / submitted by

Elisabeth Moser, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Mastersutdium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Dr. Reinhold Jagsch

Danksagungen

Mein besonderer Dank gilt meinem Betreuer Herrn Mag. Dr. Reinhold Jagsch, der sich immer viel Zeit genommen hat und mich in allen Aspekten meiner Arbeit stets gut beraten und unterstützt hat. Auch ermöglichte er es mir, mich zu Ende meines Studiums mit meinem Hauptinteressensgebiet zu beschäftigen und in diesem meine Abschlussarbeit zu verfassen.

Ich möchte mich bei Julia bedanken für die viele Zeit und Freude, die sie in das Korrekturlesen investiert hat, für die hilfreichen Kommentare und netten Worte.

Des Weiteren danke ich meinem großartigen Lebensgefährten, meinen einzigartigen Geschwistern und liebsten Freunden. Ich danke euch für die emotionale Unterstützung, die aufbauenden Worte und das viele Lachen, auch in dieser anstrengenden Zeit.

Der größte Dank gilt meinen Eltern, die nie auch nur den geringsten Zweifel an meinen Fähigkeiten aufkommen ließen und mich immer bedingungslos unterstützt haben.

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG.....	5
ABSTRACT	6
EINLEITUNG	7
1. Theoretischer Hintergrund.....	8
1.1. Gewalt/Missbrauch in der Kindheit.....	8
1.1.1. Definition von Gewalt/Missbrauch und die unterschiedlichen Formen	8
1.1.1.1. Physischer Missbrauch.....	9
1.1.1.2. Sexueller Missbrauch.....	9
1.1.1.3. Emotionaler Missbrauch.....	9
1.1.1.4. Vernachlässigung	9
1.1.2. Prävalenz und Risikofaktoren für Missbrauch in der Kindheit.....	10
1.1.3. Auswirkungen von Missbrauch in der Kindheit	11
1.1.4. Poliviktimisierung	12
1.1.5. Besonderheiten des/der Institutionellen Missbrauchs/Gewalt (IM)/(IG).....	12
1.2. Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).....	14
1.2.1. Definition und Klassifikation	14
1.2.2. Prävalenz und Risikofaktoren	17
1.2.3. PTBS und familiärer beziehungsweise institutioneller Missbrauch	18
1.3. Depressivität.....	19
1.3.1. Definition, Formen und Klassifikation.....	19
1.3.2. Prävalenz und Risikofaktoren	21
1.3.3. Depressivität und familiärer beziehungsweise institutioneller Missbrauch	21
1.4. Emotionsregulation	22
1.4.1. Definition	22
1.4.2. Schwierigkeiten bei der ER und deren Auswirkungen	22
1.4.3. ER und familiärer beziehungsweise institutioneller Missbrauch	23
2. Zielsetzung der Studie	24
3. Methodik	25
3.1. Stichprobenbeschreibung und Untersuchungsdurchführung.....	25
3.2. Studiendesign	26
3.3. Untersuchungsinstrumente	26

3.3.1.	<i>Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF)</i>	27
3.3.2.	<i>Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)</i>	27
3.3.3.	<i>Kurzform des Brief Symptom Inventory (BSI-18)</i>	28
3.3.4.	<i>PTBS Checklist des DSM-5 (PCL-5)</i>	28
3.4.	<i>Fragestellungen und Hypothesen</i>	29
3.5.	<i>Geplante statistische Auswertung</i>	34
4.	<i>Ergebnisse</i>	35
4.1.	<i>Deskriptive Statistik</i>	35
4.1.1.	<i>Ergebnisse bezüglich der Missbrauchserfahrungen</i>	39
4.2.	<i>Reliabilitätsanalyse</i>	40
4.3.	<i>Interferenzstatistische Ergebnisse</i>	41
4.3.1.	<i>Fragestellung 1</i>	41
4.3.2.	<i>Fragestellung 2</i>	43
4.3.3.	<i>Fragestellung 3</i>	44
4.3.4.	<i>Fragestellung 4</i>	45
4.3.5.	<i>Fragestellung 5</i>	46
4.3.6.	<i>Fragestellung 6</i>	46
4.3.7.	<i>Fragestellung 7</i>	47
5.	<i>Diskussion</i>	49
6.	<i>Limitationen</i>	51
7.	<i>Fazit und Ausblick</i>	53
	<i>Literaturverzeichnis</i>	55
	<i>Tabellenverzeichnis</i>	62
	<i>Abbildungsverzeichnis</i>	62

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel dieser Untersuchung war der Vergleich zwischen Personen, die in Heimen der Wiener Jugendwohlfahrt aufgewachsen sind und dort Gewalt erlebt haben, mit Personen, die zur selben Zeit in Familien groß geworden sind, und hier entweder familiäre Gewalt oder keine Gewalt erlebt haben, hinsichtlich Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation (ER), Symptomen einer PTBS oder Depressivität. Des Weiteren sollte über ein Mediationsmodell geprüft werden, ob der Zusammenhang von institutionellem Missbrauch (IM) und späteren klinischen Symptomen über die ER mediiert wird. Es konnte ein signifikanter Unterschied zwischen Personen, die Gewalt in Heimen erfahren haben, und Personen, die in der Familie groß geworden sind, hinsichtlich aller untersuchten Skalen gefunden werden. Personen, die Gewalt in der Familie erlebt haben, unterscheiden sich entgegen der Annahme in der vorliegenden Studie nicht signifikant von Personen, die keine Gewalt in der Familie erlebt haben, in den drei untersuchten Merkmalen. Personen mit mehr Gewalterfahrungen im institutionellen Kontext zeigten darüber hinaus mehr klinische Symptome. Es konnte gezeigt werden, dass die vermehrten PTBS-Symptome partiell durch die Schwierigkeiten bei der ER mediiert werden und dass die Depressivitätssymptome in Folge von IM sogar total durch die ER mediiert werden. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich institutioneller Missbrauch besonders negativ auf die spätere psychische Gesundheit auswirkt. Darüber hinaus konnte belegt werden, dass dabei der Fähigkeit der ER eine entscheidende Rolle zukommt. Es sind noch weitere Untersuchungen notwendig, um den Besonderheiten des IM Rechnung tragen zu können, dennoch unterstreicht die Studie die Wichtigkeit des Trainings der ER für die Therapie von Betroffenen von IM.

Schlüsselwörter: Kindesmissbrauch, Depressivität, PTBS, Emotionsregulation, Institutioneller Missbrauch

ABSTRACT

The aim of this study was to compare victims of institutional abuse (IA) in Viennese children homes, with victims of abuse in a family setting and people without experiences of abuse in a family setting, in regard to difficulties in emotion-regulation skills, symptoms of PTSD and depression symptoms. In addition, by a mediation model, it was tested if the correlation of IA and future clinical symptoms is mediated by difficulties in emotion-regulation skills. The results showed a significant difference between victims of IA and the two other groups in all scales of interest. In contrast to all expectations there was no significant difference between victims of abuse in a family setting and people without experiences of abuse in a family setting, in all of the examined traits. Furthermore, the results showed that the experience of more IA leads to an increase of clinical symptoms. It additionally was shown that the increase of PTSD symptoms was partially mediated by difficulties in emotion-regulation skills. The increase of depression symptoms as a result of IA was even totally mediated by difficulties in emotion-regulation skills. These results suggest that IA has a very bad influence on mental health later in life. Additionally, it could be shown that emotion-regulation skills play an important part in developing and maintaining clinical symptoms after IA. Further research is still necessary to understand all the specifics of IA. Nevertheless, this findings underline the importance of training emotion-regulation skills as a method of treatment in therapeutic interventions in victims of IA.

Keywords: child abuse, PTSD, depression, emotion-regulation, institutional abuse

EINLEITUNG

„Kinder haben ein Recht auf den heutigen Tag.

Er soll heiter sein, kindlich, sorglos.“

„Das Kind hat das Recht, ernst genommen,

nach seiner Meinung und seinem Einverständnis gefragt zu werden.“

Diese Ansicht von Janusz Korczak (1878-1942; zitiert nach Krohn, 2016), der als Arzt, Buchautor und bedeutender Pädagoge durch seinen unermüdlichen Einsatz für Waisenkinder Bekanntheit erlangte, wurde leider sowohl vor seiner Zeit als auch Jahre später noch nur von wenigen geteilt. Obwohl es eigentlich genau die Kinder sind, die die so wichtige Liebe und Geborgenheit des Elternhauses nicht erleben durften und daher umso mehr den Schutz einer Einrichtung benötigen würden, war dies vor vierzig Jahren noch keine Selbstverständlichkeit und ist es bis heute oft nicht. Kinderheime, sowohl staatlich als auch kirchlich organisierte, gerieten in den letzten Jahren immer mehr in den Fokus der Öffentlichkeit (Carr et al., 2010; Lueger-Schuster et al., 2013; Lueger-Schuster et al., 2014). Anstatt den Kindern die nötige Unterstützung zu bieten, sind Erfahrungsberichte oft voll von Machtmissbrauch, Kontrolle und Gewalt. Traumatische Ereignisse in der Kindheit, vor allem Gewalt, die von Betreuungspersonen ausgeht, zählt zu einem der größten Risikofaktoren für spätere psychische Probleme (z.B. Darves-Bornoz et al., 2008; Freyd, Klest & Allard, 2005). Dabei lassen jüngste Forschungsergebnisse vermuten, dass sich Gewalt, die in Heimen stattgefunden hat, besonders negativ auf die Betroffenen auswirkt (Lueger-Schuster et al., 2014). Deshalb ist es Ziel dieser Studie, diese Form der Gewalt, die noch viel zu wenig erforscht wurde, genauer zu beleuchten, mögliche Unterschiede zur familiären Gewalt aufzudecken und mögliche Gründe zu finden, warum diese Form der Gewalt so schwerwiegende Folgen nach sich zieht.

1. Theoretischer Hintergrund

1.1. *Gewalt/Missbrauch in der Kindheit*

Es werden im Folgenden die verschiedenen Formen der Gewalt in der Kindheit näher erläutert und definiert. Dabei ist zu beachten, dass Gewalt und Missbrauch in der vorliegenden Studie als Synonyme verwendet werden. Darüber hinaus wird genauer auf die Prävalenz, Risikofaktoren und Auswirkungen von Kindesmissbrauch eingegangen und die Besonderheiten des Missbrauches in Institutionen aufgezeigt. Dabei ist zu beachten, dass politische und soziale Gegebenheiten wie zum Beispiel ein gutes Sozial- und Gesundheitssystem Auswirkungen auf die Verbreitung und die Meldung von Missbrauch und Vernachlässigung haben, und so die Ergebnisse immer im Einbezug der untersuchten Stichproben und deren gesellschaftliche Umgebung zu interpretieren sind.

1.1.1. *Definition von Gewalt/Missbrauch und die unterschiedlichen Formen*

Sowohl für Kindesmissbrauch im Allgemeinen als auch für die einzelnen Formen des Missbrauches liegen in der Literatur teilweise unterschiedliche, wenn auch sehr ähnliche Definitionen vor. Von verschiedenen Disziplinen, die sich mit Missbrauch beschäftigen (z.B. medizinischer Bereich, Wissenschaft oder im rechtlichen Bereich), werden oft unterschiedliche Definitionen verwendet, was zu Problemen führen kann, da die Prävalenzrate von Missbrauch davon abhängig ist, wie diese definiert und operationalisiert wird (Leeb, Paulozzi, Melanson, Simon & Arias, 2008). Im Folgenden werden die Definitionen der *Weltgesundheitsorganisation (WHO)*, und wenn abweichend, des *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* angeführt.

Kindesmissbrauch wird nach der Consultation on Child Abuse Prevention der WHO (1999) wie folgt definiert:

Child abuse or maltreatment constitutes all forms of physical and/or emotional ill-treatment, sexual abuse, neglect or negligent treatment or commercial or other exploitation, resulting in actual or potential harm to the child's health, survival, development or dignity in the context of a relationship of responsibility, trust or power (S. 15).

Die Definition des *Centers for Disease Control and Prevention*, "Any act or series of acts of commission or omission by a parent or other caregiver that results in harm, potential for harm, or threat of harm to a child" (Leeb et al., 2008, S. 11), kommt der Definition der WHO sehr nahe.

Am Stand der aktuellen Forschung werden meist vier Missbrauchsformen unterschieden:

1.1.1.1. Physischer Missbrauch

Nach der WHO (2002) werden unter physischem Missbrauch Handlungen gegenüber Kindern verstanden, die physischen Schaden verursachen oder zumindest das Potenzial für mögliche körperliche Verletzungen bergen können.

1.1.1.2. Sexueller Missbrauch

Sexueller Missbrauch ist definiert als Handlung, in der eine Betreuungsperson ein Kind zur sexuellen Befriedigung nutzt (WHO, 2002). Das CDC hat sexuellen Missbrauch etwas ausführlicher formuliert und versteht darunter jede abgeschlossene oder versuchte (nicht abgeschlossene) sexuelle Handlung, mit sexuellem Kontakt oder ohne (d.h. berührungslose sexuelle Interaktion) eines Kindes, herbeigeführt durch eine Pflegekraft (Leeb et al., 2008).

1.1.1.3. Emotionaler Missbrauch

Unter emotionalen, beziehungsweise psychischen Missbrauch fällt zum einen, wenn Betreuungspersonen dem Kind kein angemessenes und unterstützendes Umfeld bieten, und zum anderen Handlungen, die einen negativen Effekt auf die emotionale Gesundheit und Entwicklung des Kindes ausüben. Darunter fallen: Einschränkungen der Bewegungsfreiheit eines Kindes, Abwertung, Verhöhnung, Bedrohung und Einschüchterungsversuche sowie Diskriminierung, Ablehnung und andere nicht körperliche feindselige Behandlungen (WHO, 2002).

1.1.1.4. Vernachlässigung

Vernachlässigung liegt nach WHO (2002) vor, wenn Betreuungspersonen Aufgaben bewusst missachten, die für die psychische oder physische Entwicklung des Kindes entscheidend sind. Darunter fallen folgende Bereiche: Gesundheit (z.B. kein

Arztbesuch), Bildung, emotionale Entwicklung, Ernährung, Schutz und sichere Lebensbedingungen. Der Begriff ist von Umständen der Armut, die ebenfalls zu Vernachlässigung führen können, abzugrenzen, denn hier geht es um Fälle, in denen die Betreuungsperson über genügend Ressourcen verfügt, diese dem Kind aber bewusst vorenthält. Vernachlässigung wird oft unterteilt in psychische und physische Vernachlässigung.

1.1.2. Prävalenz und Risikofaktoren für Missbrauch in der Kindheit

In einer groß angelegten Studie wurde 2011 (Häuser, Schmutzer, Brähler & Glaesmer) an einer repräsentativen deutschen Stichprobe die Häufigkeit von Gewalt und Vernachlässigung im Kindesalter retrospektiv erfasst. 14.9% der Untersuchten berichteten von zumindest leichter emotionaler Gewalt in der Kindheit, 12.0% von körperlicher Gewalt, und 12.5% erlebten sexuellen Missbrauch. Darüber hinaus gaben 49.3% an, zumindest leicht emotional vernachlässigt worden zu sein, und 48.4% berichteten von körperlicher Vernachlässigung. 1.6% der Befragten berichteten sogar von extremer psychischer Gewalt, 2.7% von extremer körperlicher Gewalt und 1.9% von extremer sexueller Gewalt. Bei der extremen Vernachlässigung berichteten 6.5% von psychischer und 10.8% von körperlicher.

Insgesamt gaben von den 2493 Befragten 31.8% an, keine Form von Gewalt erlebt zu haben. 27.7% berichteten von einer erlebten Form von Gewalt oder Vernachlässigung, 23.7% berichteten von zwei Formen, 8.3% von drei, 4.6% von vier, und 3.7% berichteten, alle fünf Formen von Gewalt erlebt zu haben. Die verschiedenen Gewaltformen wiesen auch untereinander signifikante Korrelationen auf. Am stärksten korrelierten emotionale und körperliche Gewalt sowie emotionale und körperliche Vernachlässigung miteinander. Sexuelle Gewalt und emotionale Vernachlässigung sowie sexuelle Gewalt und körperliche Vernachlässigung zeigten den geringsten Zusammenhang. Dies weist darauf hin, dass Missbrauchsoffer oft nicht nur eine einzige Form von Gewalt erleben, sondern gleich mehrere.

Ein niedriger sozioökonomischer Status zeigte sich als ein Prädiktor sowohl für leichten als auch extremen emotionalen und körperlichen Missbrauch und auch für leichte bis extreme emotionale und körperliche Vernachlässigung. Das weibliche

Geschlecht ist ein Prädiktor für leichte bis extreme sexuelle Gewalt, und höheres Alter bei der Befragung und die Geburt außerhalb von Deutschland bringen ein erhöhtes Risiko für körperliche Vernachlässigung mit sich. Bei extremer Gewalt konnte darüber hinaus noch gezeigt werden, dass sich ein Geburtsort außerhalb von Deutschland sowohl für schwere emotionale und körperliche Gewalt als auch für schwere körperliche Vernachlässigung als Prädiktor herausstellte (Häuser et al., 2011).

In einer amerikanischen Studie wurden vor allem für körperliche und sexuelle Gewalt sehr unterschiedliche Prävalenzen gefunden. Demnach berichteten 10.6% von emotionaler, 28.3% von körperlicher und 20.3% von sexueller Gewalt (Anda et al., 2006). Die teilweise sehr unterschiedlichen Ergebnisse können, wie weiter oben bereits erwähnt, zum Teil auf unterschiedliche Definitionen, aber auch unterschiedliche Erhebungsinstrumente zurückzuführen sein.

1.1.3. Auswirkungen von Missbrauch in der Kindheit

Die Erforschung der Auswirkungen von Gewalt in der Kindheit war über viele Jahre ein vernachlässigtes Gebiet. Erst 1962 startete mit „The battered-child syndrom“ (Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller & Silver) die Untersuchung der Folgen von Missbrauch in der Kindheit, und die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit wurde auf dieses so wichtige Thema gelenkt. In den letzten Jahren stieg die Anzahl an empirischen Arbeiten, die sich mit Missbrauch und dessen Auswirkungen beschäftigen, an. Jedoch ist die Forschung noch immer lückenhaft, so wird vor allem die Vernachlässigung, aber auch der emotionale Missbrauch in Studien oft vernachlässigt (Behl, Conyngham & May, 2003). Dass Gewalterfahrungen in der Kindheit in engem Zusammenhang mit einer Vielzahl von psychischen Problemen im Erwachsenenalter, erhöhter Suizidgefährdung, späterem Risikoverhalten und Suchtproblematik steht, konnte in zahlreichen Studien belegt werden (Anda et al., 2006; Choi, Choi, Gim, Park & Park, 2014; Dube et al., 2001; Dube, Felitti, Dong, Giles & Anda, 2003; Sugaya et al., 2012). Als eine Erklärung für diesen Zusammenhang wird diskutiert, dass Personen mit Missbrauchserfahrungen weniger in der Lage sind, Stress zu bewältigen, da Gewalt in der Kindheit in Verbindung steht mit Veränderungen im Nerven-, Hormon- und Immunsystem von Betroffenen. Diese wiederum werden für den schlechteren Umgang mit Stressoren beziehungsweise

belastenden Ereignissen im Leben verantwortlich gemacht (Burrus, 2013; Danese & McEwen, 2012).

1.1.4. Poliviktimisierung

Viele Studien, die sich mit Missbrauch in der Kindheit beschäftigen, untersuchen nur eine oder wenige Formen von Missbrauch, zum Beispiel nur die Auswirkungen von sexuellem Missbrauch. Dabei wird oft verabsäumt, ein vollständiges Bild der Gewalterfahrungen in der Kindheit zu erheben (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007a). Wie bereits erwähnt, sind viele Betroffene von Missbrauch in der Kindheit nicht nur von einer Missbrauchsform betroffen, sondern erleben mehrere verschiedene Formen der Gewalt (Finkelhor et al., 2007a; Häuser et al., 2011). Sind Kinder gleich von mehreren Formen betroffen, also wenn sie zum Beispiel von einer Betreuungsperson nicht nur körperlich, sondern auch emotional misshandelt wurden, spricht man von Poliviktimisierung (Finkelhor, Ormrod, Turner & Holt, 2009). Poliviktimisierung führt dabei zu einem besonders ausgeprägten posttraumatischen Stress bei Kindern und steht in einem hohen Maß in Verbindung mit psychischen Problemen im Erwachsenenalter von Betroffenen (Agorastos et al., 2014; Cyr, Clément & Chamberland, 2014; Finkelhor, Ormrod & Turner, 2009; Soler, Kirchner, Paretilla & Forns, 2013). Auch ist bei Kindern, die von Poliviktimisierung betroffen sind, die Gefahr höher, erneut Opfer von Gewalt zu werden (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007b).

1.1.5. Besonderheiten des/der Institutionellen Missbrauchs/Gewalt (IM)/(IG)

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich nicht nur mit Gewalt, die innerhalb der Familie ausgeübt wird, sondern vergleicht diese mit Institutioneller Gewalt (IG), also der Gewalt, die in institutionellen Einrichtungen in der Kindheit stattgefunden hat (Einrichtungen der Wiener Jugendwohlfahrt). Dabei ist hervorzuheben, dass die Forschung zu den Auswirkung des IM noch relativ jung ist.

Der Begriff des IM wurde geprägt von Goffmans Konzept der „Totalen Institution“ (1961). Goffman ging es vorwiegend noch um Menschen in Gefängnissen oder psychiatrischen Anstalten. Sein Konzept ist dadurch gekennzeichnet, dass alle Aspekte im Leben eines Menschen beziehungsweise eines Kindes durch die Institution kontrolliert

werden, und ist somit auch auf weitere Institutionen wie Kinderheime erweiterbar, da diese eine kontrollierte und isolierte Umgebung bieten, die möglicherweise mitverantwortlich ist für das gehäufte Auftreten von Missbrauchsfällen. Denn es wird davon ausgegangen, dass die Prävalenz von Missbrauch in Institutionen sehr hoch ist und dass Kinder in Institutionen nicht nur mehr Missbrauch, sondern auch mehrere verschiedene Gewaltformen erleben. Darüber hinaus wird diskutiert, dass sich diese Art der Gewalt besonders negativ auf die Entwicklung von Betroffenen auswirkt und vermehrt mit psychischen Problemen im Erwachsenenalter einhergeht (Carr et al., 2010; Gallagher, 1999; Lueger-Schuster et al., 2013; Lueger-Schuster et al., 2014). Dies wird auf mehrere Merkmale des Missbrauchs in diesem besonderen Setting zurückgeführt. Conen (2005) geht davon aus, dass vor allem rigide und autoritäre Strukturen in den Einrichtungen das Vorkommen des Missbrauchs fördern, aber auch eine zu wenig strukturierte und unklare Leitung Missbrauch begünstigen kann. Es kommt darüber hinaus in Institutionen oft vor, dass Täter nicht nur spezielle Gruppen von Kindern auswählen, die für Missbrauch besonders anfällig sind, sondern auch geschickte Verführungstechniken einsetzen, um Kinder in Situationen des Missbrauchs zu führen und es ihnen erschweren, die Vorfälle zu melden. Dazu zählen neben legalen Verführungen wie Geld auch illegale, wie Drogen oder Alkohol und emotionale Druckmittel (Gallagher, 1998).

Wie hoch das Vorkommen von Missbrauch in Institutionen wirklich ist, ist schwer abzuschätzen, und die Prävalenzraten sind abhängig von der Definition der „Institution“, der Art des Missbrauchs und der Datenquelle. Darüber hinaus ist wie generell bei Missbrauchserfahrungen auch hier davon auszugehen, dass eine große Dunkelziffer existiert (Wolfe, Jaffe & Jetté, 2003).

Missbrauch im institutionellen Setting in der Kindheit ist wie familiärer Missbrauch mit einer Vielzahl an psychischen Problemen im Erwachsenenalter verbunden. Hier ist zuerst der Zusammenhang von Missbrauch in der Kindheit und Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) anzuführen (Lueger-Schuster et al., 2014). Neben den Symptomen einer PTBS wird auch auf Symptome einer Depression, Angststörung oder Substanzabhängigkeit hingedeutet (Carr et al., 2010). Es wird dabei davon ausgegangen, dass IM zu besonders schlechten Outcomes führt. Ein Grund dafür kann sein, dass Missbrauch in diesem Setting meist nicht als isolierter Vorgang stattfindet, sondern eher als fortlaufender Prozess, und viele Betroffene erleben gleich mehrere Arten

von Missbrauch (Lueger-Schuster et al., 2014). Da wie weiter oben bereits erwähnt mehrmaliger Missbrauch und vor allem das Erleben von mehreren verschiedenen Arten von Traumata zu schlechteren Outcomes im Erwachsenenalter führt (z.B. Agorastos et al., 2014), könnte das eine mögliche Erklärung für die verstärkten späteren Probleme, die mit IM einhergehen, sein.

1.2. Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

1.2.1. Definition und Klassifikation

Die PTBS, die im DSM-IV (APA, 1994) noch unter Angststörungen gefallen ist, fällt im DSM-5 nun in ein eigenes Störungsfeld, die „Trauma- und Stressbezogenen Störungen“ (APA, 2013). Die Diagnose einer PTBS ist sowohl im DSM-IV als auch im DSM-5 an ein auslösendes traumatisches Ereignis gebunden. Diese Konfrontation mit einem Trauma wird auch als Kriterium A1 bezeichnet. Die Definition des Traumas wurde wiederholt verändert.

Nach DSM-IV (APA, 1994) wird dieses Ereignis definiert als reale oder potentielle Todesbedrohung, ernsthafte Verletzung oder andere Bedrohung der eigenen körperlichen Unversehrtheit. Auch fällt darunter wenn man direkter Zeuge eines dieser Ereignisse bei jemand anderem wird oder wenn man den unerwarteten oder gewaltsamen Tod, ernsthaftes Leid oder Todesbedrohung bei einer nahestehenden Person miterlebt. Darüber hinaus sind bei Kindern ihrem Entwicklungsstand unangemessene sexuelle Erfahrungen und massive Vernachlässigung grundlegender Bedürfnisse als traumatische Ereignisse zu bewerten (Schönfeld, Boos & Müller, 2011). Ist dieses Kriterium des Vorhandenseins eines Traumas, Kriterium A1, erfüllt, muss zusätzlich noch das sogenannte subjektive Kriterium A2 erfüllt sein, das erfordert, dass intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen als emotionale Reaktion auf das Trauma auftritt.

Um nach einem traumatischen Ereignis die Diagnose einer PTBS nach DSM-IV vergeben zu können, müssen Betroffene das Ereignis immer wieder unter großer Belastung wiedererleben, internale und externale Reize, die dem Trauma ähnlich sind, vermeiden, oder sich emotional taub fühlen. Darüber hinaus müssen Anzeichen einer chronisch erhöhten psychophysiologischen Übererregung auftreten, und das Störungsbild muss länger als einen Monat anhalten. In Tabelle 1 sind die genauen Symptome der

Kriterien aufgelistet, und es ist ersichtlich, wie viele Symptome innerhalb einer Kategorie erfüllt sein müssen, um die Diagnose nach DSM-IV stellen zu können.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien einer PTBS nach DSM-IV

Kriterium	Beschreibung	Notwendige Bedingung
A Traumatisches Ereignis	Traumatisches Ereignis (A1) Subjektive Reaktion: Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen (A2)	A1 und A2
B Wiedererleben	Die Betroffenen erleben das Trauma in Form von wiederkehrenden belastenden Erinnerungen wie Bildern, Gedanken, Wahrnehmungen (1), Träumen (2) und Flashbacks (3). Auf Auslöser reagieren sie mit physiologischer Erregung (4) und emotionaler Belastung (5).	Ein von fünf Symptomen
C Vermeidung	Aktive Vermeidung internaler und externer Reize, die der Traumatisierung ähnlich sind: belastende Situationen, Aktivitäten, Erinnerungen, Gefühle und Gedanken (1), Menschen (2). Unfähigkeit, sich an wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern (3).	Drei von sieben Symptomen
Emotionale Taubheit	Betroffene haben ein gemindertes Interesse an zuvor interessierten Dingen (4), fühlen sich vom Umfeld entfremdet oder losgelöst (5), und ihr Affektspielraum (6) oder Zukunftsperspektive (7) sind eingeschränkt.	
D Übererregung	Hierunter fallen Ein- und Durchschlafstörungen (1), erhöhte Reizbarkeit (2), Konzentrationsschwierigkeiten (3) Hypervigilanz (4) und übermäßige Schreckreaktionen (5).	Zwei von fünf Symptomen
F Die Symptome (Kriterium B – D) halten länger als einen Monat an.		
G Die Symptome müssen eine klinisch bedeutsame Belastung oder Beeinträchtigung im sozialen, beruflichen Bereich oder in anderen wichtigen Funktionsbereichen hervorrufen.		

(nach Schönfeld, Boos & Müller, 2011, S. 987)

Bezüglich der Kriterien der Diagnose einer PTBS gab es im DSM-5 (APA, 2013) erhebliche Veränderungen. Zum einen wurde das Kriterium A insofern verändert, dass das traumatische Ereignis nun genauer erläutert wird und das Kriterium A2, also die subjektive Reaktion auf das Trauma, im DSM-5 nicht mehr vorkommt. Zum anderen wurden die drei Hauptsymptomkriterien des DSM-IV auf vier Kriterien erweitert. Im Gegensatz zum DSM-IV, bei dem die Symptome „Wiedererleben“, „Vermeidung/emotionale Taubheit“ und „Übererregung“ waren, wurde nun die Vermeidung aufgeteilt in „Vermeidung“ (C) und „anhaltende negative Veränderungen in mit dem Trauma assoziierten Kognitionen oder Affekten“ (D). Das letzte Symptomkriterium im DSM-5, „Veränderungen in der Erregbarkeit und den Reaktionen“, enthält die meisten Symptome der „Übererregung“ des DSM-IV, beinhaltet aber darüber hinaus noch Reizbarkeit und Wutausbrüche sowie leichtsinniges oder selbstzerstörerisches Verhalten. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Symptome und notwendigen Bedingungen einer Diagnosestellung nach DSM-5. Darüber hinaus gibt es im DSM-5 nun eigene Kriterien zur Diagnostik einer PTBS für Kinder bis zu sechs Jahren.

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien einer PTBS nach DSM-5

Kriterium	Beschreibung	Notwendige Bedingung
A Traumatisches Ereignis	Die Betroffenen waren dem Tod (tatsächlich oder angedroht), schwerwiegenden Verletzungen oder sexueller Gewalt ausgesetzt durch mindestens einen dieser Wege: direkt (1), durch direktes Miterleben, wenn traumatisches Ereignis einem anderen zustoßt (2), durch Erfahren, dass das traumatisierende Ereignis einem engen Familienmitglied oder Freund zugestoßen ist (Bezüglich des tatsächlichen oder angedrohten Todes muss der Todesfall durch ein gewaltsames Ereignis oder einen Unfall geschehen sein), (3) oder durch wiederholte oder sehr extreme Konfrontation mit aversiven Details des traumatischen Ereignisses (4).	Eines von vier Ereignissen

B Wiedererleben	Wiederkehrende, unwillkürliche und aufdringliche Erinnerungen an das traumatische Ereignis (1), wiederholte Alpträume im Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis (2), Flashbacks (3), auf Auslöser wird mit anhaltendem seelischen Leid (4) oder physiologischer Erregung (5) reagiert.	Eines von fünf Symptomen
C Vermeidung	Anhaltende Vermeidung von Reizen, die der Traumatisierung ähnlich sind: belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle (1), externale Reize: Menschen, Orte, Unterhaltungen, Aktivitäten, Objekte, Situationen (2).	Eines von zwei Symptomen
D Negative Veränderungen in Kognitionen oder Affekten	Unfähigkeit, sich an wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern (1); anhaltende oder übersteigerte negative Überzeugungen über sich selbst, andere oder die Welt (2); anhaltende verzerrte Gedanken über die Ursache oder Konsequenz des Traumas (3); anhaltender negativer Gefühlszustand (4); deutlich verminderte/-s Interesse oder Teilnahme an wichtigen Aktivitäten (5); Gefühle der Loslösung oder Entfremdung von Anderen (6); anhaltende Unfähigkeit, positive Emotionen zu empfinden (7).	Zwei von sieben Symptomen
E Veränderungen in Erregbarkeit und Reaktionen	Darunter fallen: Reizbares Verhalten und Wutausbrüche (1); rücksichtsloses oder selbstzerstörerisches Verhalten (2); Hypervigilanz (3); übermäßige Schreckreaktionen (4); Konzentrationsprobleme (5); Schlafstörungen (6).	Zwei von sechs Symptomen
F Die Symptome (Kriterium B – E) halten länger als einen Monat an.		
G Die Symptome müssen eine klinisch bedeutsame Belastung oder Beeinträchtigung im sozialen, beruflichen Bereich oder in anderen wichtigen Funktionsbereichen hervorrufen.		
H Die Symptome sind nicht auf andere medizinische Umstände oder Substanzeinfluss zurückzuführen.		

(nach APA, 2013, S. 271 – 272)

1.2.2. Prävalenz und Risikofaktoren

Einer europaweiten Studie zufolge liegt hier die Zwölfmonatsprävalenz bei 14 – 34-Jährigen bei 2.9%, bei 35 – 65-jährigen Europäern bei 1.3% und bei über 65-Jährigen

bei 1.1%. Das weibliche Geschlecht zeigte sich gegenüber dem männlichen als Risikofaktor für eine PTBS, da Frauen in Europa mehr als doppelt so häufig betroffen sind als Männer (Wittchen et al., 2011). Eine weitere Untersuchung in sechs europäischen Ländern erhob eine Zwölfmonatsprävalenz von 1.1%. Auch in dieser Studie zeigte sich ein Geschlechtereffekt. 80.8 Prozent der Betroffenen einer PTBS waren Frauen. Die Art des Traumas wird auch immer wieder als Risikofaktor zur Ausbildung einer PTBS genannt. In dieser Studie wurden sechs Traumata identifiziert, die besonders häufig zu einer PTBS führen: Vergewaltigung, vertrauliches privates Ereignis, ein schwerkrankes Kind haben, vom Partner oder der Partnerin geschlagen werden, Opfer eines Stalkers sein und von der Betreuungsperson geschlagen werden (Darves-Bornoz et al., 2008). Zu weiteren Risikofaktoren, die mit der Ausbildung einer PTBS in Verbindung stehen, zählen junges Alter zum Zeitpunkt des Traumas, niedriger sozioökonomischer Status, niedrige Bildung, weniger kognitive Ressourcen, Minderheitenstatus, Gewalt in der Kindheit, andere psychische Störungen, psychische Störungen in der Familie, Schwere des Traumas, zusätzliche belastende Ereignisse im Leben und vor allem fehlende soziale Unterstützung nach dem Trauma (Brewin, Andrews & Valentine, 2000).

Generell zeigen Studien zur Prävalenz einer PTBS oft sehr unterschiedliche Zahlen, da natürlich die Häufigkeit von traumatischen Ereignissen stark von gesellschaftlichen Faktoren und dem jeweiligen Lebensraum der Betroffenen abhängig ist (Schönfeld et al., 2011). Auch spielen Definition von Trauma und Störungsbild sowie die verwendeten Erhebungsinstrumente bei unterschiedlichen Prävalenzen eine Rolle (Breslau, 2002; Darves-Bornoz et al., 2008).

1.2.3. PTBS und familiärer beziehungsweise institutioneller Missbrauch

Gewalt in der Kindheit gehört zu den Traumata, die besonders oft zu einer PTBS führen (Breslau, 2002; Darves-Bornoz et al., 2008). Mehr Gewalterfahrungen in der Kindheit stehen im Zusammenhang mit mehr Symptomen einer PTBS (Sugaya et al., 2012; Weiss, Tull, Lavender & Gratz, 2013). Dies ist auf mehrere Besonderheiten dieses Traumas zurückzuführen, da hier mehrere der zuvor erwähnten Risikofaktoren zusammenkommen. Zum einen gehört Kindesmissbrauch zu den Traumata, die meist früh

im Leben beginnen und dabei oft chronisch verlaufen, was wahrscheinlich einen Einfluss auf eine mögliche PTBS hat (Ehring & Quack, 2010). Zum anderen kommt es wie bereits erwähnt oft zu einer Poliviktimisierung, also nicht nur generell zu viel Gewalterleben, sondern auch zum Erleben von mehreren Arten von Traumata, was die Ausbildung einer PTBS ebenfalls begünstigt (Agorastos et al., 2014). Auch spielt die Beziehung zum Täter bei der Ausbildung von späteren Symptomen eine Rolle, so hat sich gezeigt, dass Gewalt, die von nahestehenden Personen wie Betreuungspersonen oder Partnern ausgeht, stärker mit PTBS-Symptomen zusammenhängt, als wenn die Gewalt von Fremden ausgeht (Goldsmith, Chesney, Heath & Barlow, 2013).

1.3. *Depressivität*

1.3.1. *Definition, Formen und Klassifikation*

Depressive Störungen finden sich im DSM-IV (APA, 1994) unter den affektiven Störungen und werden unterteilt in Major Depression, die dysthyme Störung und die nicht näher bezeichnete depressive Störung.

Um eine **Major Depression** nach DSM-IV diagnostizieren zu können, muss zum einen entweder eine depressive Verstimmung an fast allen Tagen oder ein Verlust des Interesses beziehungsweise der Freude an fast allen Aktivitäten an fast allen Tagen über mindestens zwei Wochen gegeben sein. Zum anderen müssen mindestens vier der folgenden Symptome über zwei Wochen gegeben sein:

1. Deutlicher Gewichts-/Appetitverlust oder deutliche Gewichts- beziehungsweise Appetitsteigerung,
2. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen,
3. Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen,
4. Müdigkeit beziehungsweise Energieverlust an fast allen Tagen,
5. Gefühl von Wertlosigkeit oder übermäßigen Schuldgefühlen an fast allen Tagen,
6. Konzentrations- und Entscheidungsschwierigkeiten an fast allen Tagen,
7. Wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidvorstellungen, Suizidplanungen oder Suizidversuche

Darüber hinaus muss noch abgeklärt werden, dass die Symptome nicht die Kriterien der gemischten Episode erfüllen, und die Symptome müssen klinisch bedeutsames Leiden hervorrufen. Des Weiteren dürfen die Symptome weder auf die Wirkung von Substanzen oder medizinische Faktoren zurückzuführen sein noch dürfen diese besser durch einfache Trauer erklärbar sein.

Um eine **dysthyme Störung** nach DSM-IV zu diagnostizieren, muss zunächst eine depressive Verstimmung über mindestens zwei Jahre an den meisten Tagen gegeben sein, ohne dass diese die Kriterien einer Major Depression erfüllt. Zusätzlich müssen mindestens zwei der folgenden Symptome auftreten:

1. Appetitlosigkeit oder übermäßige Appetitsteigerung,
2. Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafbedürfnis,
3. Energiemangel oder Erschöpfung,
4. Geringes Selbstwertgefühl,
5. Konzentrationsstörungen oder Entscheidungsschwernis,
6. Gefühl der Hoffnungslosigkeit

Darüber hinaus darf in den zwei Jahren kein Zeitraum von mehr als zwei Wochen ohne Symptome vorkommen sowie dürfen in den ersten zwei Jahren die Kriterien einer Major Depression nicht erfüllt sein. Es darf in der gesamten Zeitspanne auch keine manische, gemischte oder hypomane Episode aufgetreten sein, und die Kriterien für eine zylothyme Störung dürfen ebenfalls nie erfüllt gewesen sein. Die Symptome müssen des Weiteren zu klinisch bedeutsamem Leiden führen. Außerdem dürfen die Symptome nicht ausschließlich im Verlauf einer Psychotischen Störung auftreten und auch nicht auf die Wirkung einer Substanz oder auf einen medizinischen Krankheitsfaktor zurückzuführen sein.

Unter die **nicht näher bezeichnete depressive Störung** fallen all jene Störungen, die zwar depressive Merkmale aufweisen, jedoch nicht in dem Ausmaß, dass sie die Kriterien einer Major Depression, einer dysthymen Störung oder einer Anpassungsstörung erfüllen würden (APA, 1994).

Nicht alle depressiven Verstimmungen wie Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit, die ein Mensch im Laufe seines Lebens erlebt, erfüllen die Diagnosekriterien einer Depressiven Störung (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011). Nichtsdestotrotz können solche Symptome der Depressivität und des psychischen Stresses immer wieder vorkommen und

für den Einzelnen auch sehr belastend sein, weshalb sich die vorliegende Studie mit dem Konstrukt der Depressivität beschäftigt, das Symptome von Traurigkeit bis hin zur klinisch manifesten Depression beinhaltet (Franke, 2000).

1.3.2. Prävalenz und Risikofaktoren

Affektive Störungen sind nach den Angststörungen die am häufigsten vorkommenden psychischen Störungen in Europa. Für eine Major Depression wurde in Europa eine Zwölfmonatsprävalenz von 6.9% gefunden. Erneut zeigte sich das weibliche Geschlecht als eindeutiger Risikofaktor, da Frauen beinahe doppelt so häufig von einer Major Depression betroffen sind als Männer (Wittchen et al., 2011). Eine deutschlandweite Untersuchung kam auf eine Zwölfmonatsprävalenz für depressive Störungen von 10.7%. Frauen waren erneut doppelt so oft betroffen wie Männer. Weitere Risikofaktoren für eine depressive Störung waren ein niedriger sozio-ökonomischer Status und gesundheitliche Probleme. Darüber hinaus traten depressive Störungen häufiger bei geschiedenen, getrennten oder verwitweten als bei verheirateten Personen auf (Jacobi et al., 2004).

1.3.3. Depressivität und familiärer beziehungsweise institutioneller Missbrauch

Was den Zusammenhang von Missbrauch in der Kindheit und depressiven Symptomen im Erwachsenenalter betrifft, sind die Ergebnisse der bisherigen Forschung ähnlich dem Zusammenhang mit den PTBS-Symptomen. Missbrauch in der Kindheit steht demnach im Zusammenhang mit depressiven Symptomen im Erwachsenenalter (Choi et al., 2014; Sugaya et al., 2012). Die Gründe dafür sind wieder in der Art des Traumas zu finden. So zeigte sich, dass Traumata, die durch nahestehende Personen ausgeübt wurden, sich auch auf die Depressivität besonders negativ auswirken (Freyd et al., 2005; Goldsmith et al., 2013). Auch konnte gezeigt werden, dass die Anzahl der Gewalterfahrungen in der Kindheit und Poliviktimisierung mit dem Ausmaß späterer Depressivität zusammenhängt (Anda et al., 2006; Cyr et al., 2014; Soler et al., 2013).

1.4. Emotionsregulation

1.4.1. Definition

Gratz und Roemer (2004) haben auf Basis vieler theoretischer und empirischer Überlegungen zur Emotionsregulation (ER) mehrere Aspekte in ihre Definition der ER übernommen. Demnach umfasst ER

1. die Wahrnehmung und das Bewusstsein von Emotionen,
2. die Akzeptanz von Emotionen,
3. die Fähigkeit, impulsives Verhalten zu kontrollieren und sich auch bei negativen Gefühlen seinen Wünschen entsprechend verhalten zu können,
4. die Fähigkeit, Strategien zur ER situationsangemessen und flexibel einzusetzen, um emotionale Reaktionen so zu regulieren, dass man individuelle Ziele und situationsbedingte Anforderungen meistern kann.

Das Fehlen mancher oder all dieser Fähigkeiten würde demnach auf Schwierigkeiten bei der ER hindeuten (Gratz & Roemer, 2004).

1.4.2. Schwierigkeiten bei der ER und deren Auswirkungen

Schwierigkeiten bei der ER stehen im engen Zusammenhang mit der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Vielzahl an psychischen Störungen (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010). Es hat sich gezeigt, dass Personen, die eine Psychotherapie in Anspruch nehmen, über weniger effektive Strategien zur Emotionsregulation berichten, verglichen mit einer nicht-klinischen Stichprobe (Berking et al., 2008). Dieser Zusammenhang wird auch dahingehend untermauert, dass Schwierigkeiten bei der ER ein Aspekt der Definition von psychischen Störungen nach DSM-5 darstellt, wo eben diese wie folgt definiert werden: „A mental disorder is a syndrome characterized by clinical disturbance in an individual’s cognition, emotion regulation or behavior, that reflects a dysfunction in the psychological, biological or developmental process underlying mental function. ...“ (APA, 2013, S. 20).

Es zeigte sich auch ein Zusammenhang zwischen vielen Facetten der Emotionsregulation und Symptomen einer PTBS. Demnach hängen PTBS-Symptome unter anderem zusammen mit einer reduzierten Wahrnehmung von Gefühlen, mit niedrigen Levels an Akzeptanz von negativen Gefühlen und hohen Levels an Vermeidung, mit

Schwierigkeiten im zielgerichteten Verhalten und in der Impulskontrolle und mit Schwierigkeiten, Emotionsregulationsstrategien richtig einzusetzen. Die Richtung dieses Zusammenhangs ist nicht eindeutig geklärt, da Schwierigkeiten mit der ER auch Konsequenz der vorhandenen psychischen Beeinträchtigung sein können (Ehring & Quack, 2010; Shepherd & Wild, 2014). Dies spricht für die Wichtigkeit des Trainings der ER für die Behandlung von PTBS (Cloitre, Miranda, Stovall-McClough & Han, 2005). Therapien von Traumafolgestörungen, die unter anderem das gezielte Training von förderlichen Emotionsregulationsstrategien beinhalten, erzielen besonders gute Resultate hinsichtlich PTBS-Symptomen (Cloitre et al., 2010). Das Training der ER zeigt nicht nur bei PTBS-Patienten positive Effekte, es konnten auch depressive Symptome durch gezieltes Einsetzen von Emotionsregulationsstrategien vermindert werden (Arditte & Joormann, 2011). Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass das Training von ER-Strategien generell zu einer Besserung von klinischen Symptomen und der psychischen Gesundheit im Allgemeinen beiträgt (Berking et al., 2008).

1.4.3. ER und familiärer beziehungsweise institutioneller Missbrauch

Missbrauchsoffer zeigen oft Schwierigkeiten bei der ER. Dabei hat sich gezeigt, dass verglichen mit anderen Traumata vor allem Betroffene von früh begonnenen, länger andauernden interpersonellen Traumata, worunter Missbrauch fällt, besondere Schwierigkeiten bei der ER haben (Ehring & Quack, 2010). Auch wirken sich Traumata, die einem von nahe stehenden Personen zugefügt wurden, stärker auf die Emotionsregulationsfähigkeiten aus als andere Traumata (Goldsmith et al., 2013). Cloitre, Cohen und Koenen (2014) gehen davon aus, dass dies nicht nur mit dem erlebten Missbrauch an sich zusammenhängt, sondern vor allem mit dem Fehlen von normalen sozialen Erfahrungen, was oft wesentliches Merkmal von Missbrauch in der Kindheit ist. Sexuelle und körperliche Gewalt führen zu Störungen eines kohärenten und integrierten Körpererlebens, was teilweise darauf zurückzuführen ist, dass der noch unreife kindliche Körper zum Zeitpunkt der Gewalt einer unkontrollierbaren und undifferenzierbaren Übererregung ausgesetzt ist. Entscheidend dabei ist auch, dass die Gewalt meist von den Betreuungspersonen ausgeht und diese gleichzeitig nicht in der Lage sind, den Kindern zu

helfen, diese Übererregung zu modellieren. Bei fürsorglichen Betreuungspersonen werden Erregungszustände durch angemessene Beruhigung und Ablenkung gemildert. Dadurch werden nicht nur Sicherheit und Wohlbefinden des Kindes erhöht, es bekommt auch die Möglichkeit, sich selbst zu beruhigen. Diese Fähigkeit und auch die Fähigkeit, zwischen Emotionen differenzieren zu können, werden mit Unterstützung der Bezugspersonen gelernt, indem diese zum Beispiel die Emotionen der Kinder richtig benennen. Fehlt diese Unterstützung, werden diese Fähigkeiten nicht richtig ausgebildet. Darüber hinaus erlebt das Kind oft Diskrepanzen zwischen den eigenen Erfahrungen und den Aussagen der Bezugsperson. Dies führt zu einem Misstrauen gegenüber der eigenen Sinneswahrnehmungen und schränkt die Fähigkeit, Gefühlszustände richtig beschreiben und verlässlich einordnen zu können, ein (Cloitre et al., 2014).

Es existiert bereits eine Vielzahl von Studien, die sich mit Gewalt in der Kindheit, deren Auswirkungen auf die ER und deren Auswirkungen wiederum auf Symptome einer PTBS, Depression, weiterer psychischer Probleme oder Risikoverhalten im Erwachsenenalter beschäftigt (Choi & Oh, 2014; Choi et al., 2014; Cloitre et al., 2005; Goldsmith et al., 2013; Hopfinger, Berking, Bockting & Ebert, 2016; Oshri, Sutton, Clay-Warner & Miller, 2015; Soenke, Hahn, Tull & Gratz, 2010; Weiss et al., 2013). Dabei zeigt sich immer, dass Schwierigkeiten mit der ER eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung von klinischen Symptomen nach Missbrauch in der Kindheit spielen und dass Schwierigkeiten in diesem Bereich weitreichende Konsequenzen bis ins Erwachsenenalter haben können.

Studien, die sich im Speziellen mit diesem Zusammenhang, aber im Kontext von Gewalt, die sich in Institutionen ereignet hat, beschäftigen, sind noch nicht vorhanden. Es zeigt sich aber auf jeden Fall, dass Missbrauchopfer generell in ihrer Kindheit oft nicht erfahren haben, dass Gefühle kontrolliert und reguliert werden können, was sich in weiterer Folge auf die klinische Symptomatik im Erwachsenenalter auswirken kann.

2. Zielsetzung der Studie

Zielsetzung der Studie ist es zu erheben, wie sich Personen, die Missbrauchserfahrungen in einem institutionellen Setting erlebt haben, von Personen ohne institutionelle Missbrauchserfahrungen, also mit familiären

Missbrauchserfahrungen und ohne Missbrauchserfahrungen, hinsichtlich ihrer ER und ihrer klinischen Symptomatik bezüglich einer PTBS beziehungsweise Depressivität unterscheiden. Als weiteren Schritt soll anhand dieser Stichprobe überprüft werden, ob mehr Missbrauchserfahrungen, sowohl im familiären als auch im institutionellen Setting, auch zu mehr Problemen mit der ER und zu mehr Symptomen einer PTBS beziehungsweise der Depressivität führen. Darüber hinaus soll erhoben werden, wie sehr die ER als Mediator die klinische Symptomatik nicht nur nach familiärem, sondern vor allem auch nach institutionellem Missbrauch bestimmt.

3. Methodik

3.1. Stichprobenbeschreibung und Untersuchungsdurchführung

Die Untersuchung ist als Teil der Wiener Heimstudie (Lueger-Schuster, 2014) durchgeführt worden und greift auf die Daten der Stichprobe zurück, die im Rahmen dieses größeren Projektes bis zum 31.03.2016 erhoben wurden. Bei der Wiener Heimstudie handelt es sich um ein dreijähriges Forschungsprojekt an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien, das Erlebnisse von Menschen, die in Einrichtungen der Wiener Jugendwohlfahrt sexuelle, körperliche oder emotionale Gewalt erfahren haben, untersucht. Darüber hinaus sind auch psychosoziale Langzeitfolgen dieser Gewalt Gegenstand des Projektes, das vom FWF (Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung) finanziert wird. In die Versuchsgruppe der Untersuchung wurden nur Personen aufgenommen, die sich bereits an die „Außenstelle für Betroffene von Gewalt in Einrichtungen der Wiener Jugendwohlfahrt“ des Weißen Rings gewandt haben und Entschädigung erhalten haben. Der Weiße Ring übernahm hier lediglich eine Kontaktvermittlungsrolle, und zu personenbezogenen Daten wurde der Zugang erst nach ausdrücklichem schriftlichen Einverständnis der Betroffenen freigegeben.

Neben der Versuchsgruppe wurden auch Personen für eine Kontrollgruppe erhoben, die keine Erfahrungen in Heimen der Wiener Kinderwohlfahrt gesammelt hatten. Diesen Personen wurden dieselben Untersuchungsinstrumente vorgelegt, um einen geeigneten Vergleich zu erhalten. Rekrutiert wurde die Kontrollgruppe durch Masterstudierende der Universität Wien mithilfe des Schneeballsystems und Aushängen

in verschiedenen Einrichtungen und bei unterschiedlichen Veranstaltungen. In die Studie aufgenommen wurden nur Personen, die vor 1974 geboren wurden und in Wien aufgewachsen sind. Die Befragung der Versuchsgruppe wurde durch wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen (Prädocs) an der Universität Wien durchgeführt. Die Erhebung der Daten der Kontrollgruppe wurde von Masterstudent/-innen durchgeführt. Die Befragungen dauerten zwischen 60 und 180 Minuten.

3.2. Studiendesign

Es handelt sich um eine Querschnittstudie, die aus einem Teil mit mehreren Fragebögen besteht sowie einem diagnostischen Kurzinterview. Um die folgenden Fragestellungen beantworten zu können, wurden die Untersuchungsteilnehmer/-innen in zwei Versuchsgruppen und eine Kontrollgruppe aufgeteilt. Die Versuchsgruppe 1 (Institutionelle Gewalt = IG) umfasst alle Teilnehmer/-innen, die in ihrer Kindheit Erfahrungen mit IM gemacht haben, also die oben erwähnte Versuchsgruppe. Die Versuchsgruppe 2 (Familiäre Gewalt = FG) umfasst diejenigen Personen aus der oben erwähnten Kontrollgruppe, die Missbrauchserfahrungen im familiären Kontext erlebt haben. Der Kontrollgruppe (Ohne Gewalterfahrungen = OG) wurden die Personen der ehemaligen Kontrollgruppe zugeordnet, die keine Missbrauchserfahrungen in ihrer Kindheit erlebt haben.

3.3. Untersuchungsinstrumente

Zunächst wurden bei der Befragung die soziodemografischen Daten der Teilnehmer/-innen erfragt. Dabei wurden unter anderem Geschlecht, Alter, Bildungsgrad und Familienstand erhoben. Um die vorliegenden Fragestellungen beantworten zu können, waren weitere vier Untersuchungsinstrumente von Interesse. Der *CTQ-ST* (Bernstein et al., 2003), um die Gewalterfahrungen zu erheben, die *DERS* (Gratz & Roemer, 2004), um Schwierigkeiten in der ER zu erfassen, die Skala „Depressivität“ des *BSI-18* (Franke, 2000), um depressive Symptome zu erheben, und der *PCL-5* (Weathers et al., 2013), um die Symptome einer möglichen PTBS nach DSM-5 erfassen zu können.

3.3.1. *Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF)*

Zur Erfassung der traumatischen Erfahrungen wurde eine deutschsprachige Übersetzung des Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF) (Bernstein et al., 2003) herangezogen. Es handelt sich um einen retrospektiven Fragebogen, der über 28 Items die Missbrauchserfahrungen in der Kindheit erfasst. Dabei werden fünf Skalen mit je fünf Items erhoben: **sexueller Missbrauch** (Beispiel: „Als ich aufwuchs, belästigte mich jemand sexuell“), **körperlicher Missbrauch** („Als ich aufwuchs, schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, dass ich blaue Flecken oder Schrammen davontrug“), **emotionaler Missbrauch** („Als ich aufwuchs, glaubte ich, dass meine Eltern wünschten, ich wäre nie geboren“), **körperliche Vernachlässigung** („Als ich aufwuchs, hatte ich nicht genug zu essen“) und **emotionale Vernachlässigung** („Als ich aufwuchs, wusste ich, dass sich jemand um mich sorgte und mich beschützte“). Die Items der einzelnen Skalen sind zum Teil unterschiedlich gepolt und müssen zur weiteren Berechnung umgepolt werden, sodass höhere Werte im CTQ auf mehr Erfahrungen mit Gewalt in den unterschiedlichen Dimensionen hindeuten. Die deutsche Übersetzung weist wie die englische Originalversion zufriedenstellende Reliabilitäten und Validitäten auf (Cronbach's $\alpha = .80$ bis $.91$), einzig bei der Skala körperliche Vernachlässigung zeigte sich in allen Studien eine unzureichende interne Konsistenz (Cronbach's $\alpha = .49$ bis $.55$) (Bader, Hännly, Schäfer, Neukel & Kuhl, 2009; Karos, Niederstrasser, Abidi, Bernstein & Bader, 2014; Klinitzke, Romppel, Häuser, Brähler & Glaesmer, 2012).

3.3.2. *Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)*

Zur Erhebung der Schwierigkeiten bei der ER wurde eine verkürzte deutschsprachige Übersetzung des Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) von Gratz und Roemer (2004) herangezogen. Die Probleme werden mithilfe von 13 Items über zwei Subskalen mit einer fünf-stufigen Likert-Skala [1 = „(Fast) nie“ bis 5 = „(Fast) immer“] durch Selbstbeurteilung erhoben. Die Skala **Zielgerichtetes Verhalten** beinhaltet fünf Items und erhebt, wie gut sich eine Person auch bei negativen Gefühlen seinen Wünschen oder Zielen entsprechend verhalten kann. Die Skala **Strategien** umfasst acht Items, die

erheben, wie gut eine Person Strategien zur ER situationsangemessen einsetzen kann. Beispielitems sind etwa: „Wenn ich negative Gefühle habe, habe ich Schwierigkeiten, über etwas anderes nachzudenken“ (Zielgerichtetes Verhalten) oder „Wenn ich negative Gefühle habe, fange ich an, sehr schlecht von mir zu denken“ (Strategien). Je ein Item jeder Skala muss zur weiteren Berechnung umgepolt werden, sodass hohe Werte auf mehr Schwierigkeiten hinsichtlich der ER hindeuten. Die Originalversion mit 36 Items weist zufriedenstellende Reliabilitäten und interne Konsistenzen (Gesamtwert: $\alpha = .93$; Strategien: $\alpha = .88$; Zielgerichtetes Verhalten: $\alpha = .89$) auf. Eine Validierung der hier zum Einsatz kommenden verkürzten und übersetzten Form des Fragebogens ist noch ausständig.

3.3.3. *Kurzform des Brief Symptom Inventory (BSI-18)*

Zur Erhebung der Depressivität wurde eine Skala der deutschsprachigen Version des BSI-18 (Franke, 2000) eingesetzt. Die Subskala **Depressivität** misst Symptome von Traurigkeit bis zur klinisch manifesten Depression mittels Selbsteinschätzung als momentane Gefühlslage anhand von sechs Items mit fünf-stufiger Likert-Skala, die von 0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr stark“ reicht. Ein Beispielitem ist: „Wie sehr litten sie in den letzten sieben Tagen unter dem Gefühl, wertlos zu sein?“. Hohe Werte weisen auf eine höhere Depressivität hin. Die deutsche Übersetzung zeigt wie die englische Originalversion zufriedenstellende Reliabilitäten (Cronbach's $\alpha = .79$ bis $.86$) und Validitäten (Spitzer et al., 2011).

3.3.4. *PTBS Checklist des DSM-5 (PCL-5)*

Zur Erfassung der aktuellen Symptomausprägung einer möglichen PTBS wurde eine deutsche Übersetzung des PCL-5 (Weathers et al., 2013) herangezogen. Der PCL-5 ist ein 20-Item langer Fragebogen, der mittels Selbsteinschätzung PTBS-Symptome erhebt. Er wird unter anderem eingesetzt, um die Veränderungen der Symptomatik während oder nach einer Therapie zu messen, als Screening-Verfahren für eine mögliche PTBS und um eine provisorische PTBS-Diagnose zu vergeben. Über eine fünf-stufige Likert-Skala (0 =

„überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr stark“) werden Symptome des letzten Monats abgefragt. Hohe Werte weisen auf eine hohe Symptomausprägung hin. Es werden die einzelnen Kriterien (Kriterium B bis E, siehe Tabelle 2), die nach DSM-5 die Diagnose einer PTBS erlauben, erfragt. Das Item für das Kriterium B (1) des Wiedererlebens ist zum Beispiel: „Im letzten Monat, wie sehr waren Sie belastet durch wiederholte, beunruhigende und ungewollte Erinnerungen an das belastende Ereignis?“. Die Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften der Originalversion zeigte eine hohe interne Konsistenz des Instrumentes (Cronbach's $\alpha = .94$) und zufriedenstellende Reliabilitäten und Validitäten (Blevins, Weathers, Davis, Witte & Domino, 2015). Für die hier zum Einsatz kommende deutschsprachige Übersetzung liegen bislang noch keine Validierungsstudien vor.

3.4. Fragestellungen und Hypothesen

Die ersten beiden Fragestellungen beziehen sich auf Unterschiede in den beiden Versuchsgruppen und der Kontrollgruppe hinsichtlich Emotionsregulation, Depressivität und Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Die Fragestellungen 3 bis 5 untersuchen anschließend in beiden Versuchsgruppen zunächst, ob mehr Gewalt mit schlechteren Outcomes in der Emotionsregulation, Depressivität und im PCL-5 einhergeht und ob vermehrte Probleme in der Emotionsregulation in beiden Gruppen zusammenhängen mit klinischen Symptomen im Erwachsenenalter. Dabei werden die Fragestellungen 3 bis 5 gerichtet formuliert, da es basierend auf dem bisherigen Forschungsstand bereits ausreichend Anhaltspunkte für die besagten Zusammenhänge gibt. Die Fragestellung 6 soll anhand einer Regressionsanalyse zeigen ob es in den beiden Stichproben mögliche Prädiktoren für den Gesamtwert des CTQ gibt. Fragestellung 7 versucht im Anschluss, mit Hilfe eines Mediationsmodelles dem Zusammenhang von Gewalterfahrung, Emotionsregulation und klinischen Symptomen näher auf den Grund zu gehen.

Fragestellung 1:

Unterscheiden sich Personen mit Missbrauchserfahrungen im institutionellen Setting von Personen mit familiären Missbrauchserfahrungen und Personen ohne Missbrauchserfahrungen hinsichtlich ihrer Schwierigkeiten bei der ER?

Ungerichtete Hypothesen:

H0 (1.1): Personen der VG 1, der VG 2 und der KG unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihrer Probleme mit der ER (DERS).

H1 (1.1): Personen der VG 1, der VG 2 und der KG unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Probleme mit der ER (DERS).

Analog dazu wurden H0 (1.2) und H1 (1.2) sowie H0 (1.3) und H1 (1.3) für die beiden Subskalen des DERS, Zielgerichtetes Verhalten und Strategien, gebildet.

Fragestellung 2:

Unterscheiden sich Personen mit Missbrauchserfahrungen im institutionellen Setting von Personen mit familiären Missbrauchserfahrungen und Personen ohne Missbrauchserfahrungen hinsichtlich ihrer Symptomausprägung in der Posttraumatischen Belastungsstörung oder der Depressivität?

Ungerichtete Hypothesen:

H0 (2.1): Personen der VG 1, der VG 2 und der KG unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Symptomausprägung einer PTBS nach DSM-5 (PCL-5).

H1 (2.1): Personen der VG 1, der VG 2 und der KG unterscheiden sich hinsichtlich der Symptomausprägung einer PTBS nach DSM-5 (PCL-5).

H0 (2.2): Personen der VG 1, der VG 2 und der KG unterscheiden sich nicht in der Skala Depressivität des BSI-18.

H1 (2.2): Personen der VG 1, der VG 2 und der KG unterscheiden sich in der Skala Depressivität des BSI-18.

Fragestellung 3:

Hängt das Ausmaß des Missbrauches in der Kindheit mit späteren Problemen in der Emotionsregulation zusammen?

Gerichtete Hypothesen:

H0 (3.1): Es gibt keinen oder sogar einen negativen Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert des CTQ und Schwierigkeiten in der Emotionsregulation (DERS).

H1 (3.1): Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert des CTQ und Schwierigkeiten in der Emotionsregulation (DERS).

Analog dazu wurden H0 (3.2) und H1 (3.2) sowie H0 (3.3) und H1 (3.3) für die beiden Subskalen des DERS, Zielgerichtetes Verhalten und Strategien, gebildet. Die Hypothesen wurden in beiden Versuchsgruppen (IG und FG) getrennt voneinander überprüft.

Fragestellung 4:

Hängt das Ausmaß des Missbrauches in der Kindheit mit späteren Symptomen einer PTBS oder Depressivität zusammen?

Gerichtete Hypothesen:

H0 (4.1): Es gibt keinen oder sogar einen negativen Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert des CTQ und dem Gesamtwert des PCL-5.

H1 (4.1): Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert des CTQ und dem Gesamtwert des PCL-5.

H0 (4.2): Es gibt keinen oder sogar einen negativen Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert des CTQ und der Skala Depressivität des BSI-18.

H1 (4.2): Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert des CTQ und der Skala Depressivität des BSI-18.

Die Hypothesen wurden in beiden Versuchsgruppen (IG und FG) getrennt voneinander überprüft.

Fragestellung 5:

Hängen Schwierigkeiten in der Emotionsregulation mit Symptomausprägungen einer PTBS oder Depressivität zusammen?

Gerichtete Hypothesen:

H0 (5.1): Schwierigkeiten in der Emotionsregulation (DERS) zeigen keinen oder einen negativen Zusammenhang mit dem Gesamtwert des PCL-5.

H1 (5.1): Schwierigkeiten in der Emotionsregulation (DERS) zeigen einen positiven Zusammenhang mit dem Gesamtwert des PCL-5.

Analog dazu wurden H0 (5.2) und H1 (5.2) sowie H0 (5.3) und H1 (5.3) für die beiden Subskalen des DERS, Zielgerichtetes Verhalten und Strategien, gebildet. Die Hypothesen wurden in beiden Versuchsgruppen (IG und FG) getrennt voneinander überprüft.

Gerichtete Hypothesen:

H0 (5.4): Schwierigkeiten in der Emotionsregulation (DERS) zeigen keinen oder einen negativen Zusammenhang mit der Skala Depressivität des BSI-18.

H1 (5.4): Schwierigkeiten in der Emotionsregulation (DERS) zeigen einen positiven Zusammenhang mit der Skala Depressivität des BSI-18.

Analog dazu wurden H0 (5.5) und H1 (5.5) sowie H0 (5.6) und H1 (5.6) für die beiden Subskalen des DERS, Zielgerichtetes Verhalten und Strategien, gebildet. Die Hypothesen wurden in beiden Versuchsgruppen (IG und FG) getrennt voneinander überprüft.

Fragestellung 6:

Gibt es signifikante Prädiktoren für das Ausmaß des Missbrauches in der Kindheit?

H0 (6.1): Es gibt keine signifikanten Prädiktoren für den Gesamtwert des CTQ.

H1 (6.1): Es gibt signifikante Prädiktoren für den Gesamtwert des CTQ.

Die Hypothese wurde in beiden Versuchsgruppen (IG und FG) getrennt voneinander überprüft.

Fragestellung 7:

Mediieren Probleme mit der Emotionsregulation den Zusammenhang zwischen Missbrauch in der Kindheit und späteren Symptomen einer PTBS oder Depressivität?

H0 (7.1): Probleme mit der Emotionsregulation (DERS) haben keine Auswirkung auf den Einfluss des Gesamtwertes des CTQ auf den PCL-5.

H1 (7.1): Probleme mit der Emotionsregulation (DERS) haben eine Auswirkung auf den Einfluss des Gesamtwertes des CTQ auf den PCL-5.

Analog dazu wurden H0 (7.2) und H1 (7.2) sowie H0 (7.3) und H1 (7.3) für die beiden Subskalen des DERS, Zielgerichtetes Verhalten und Strategien, gebildet. Die Hypothesen wurden in beiden Versuchsgruppen (IG und FG) getrennt voneinander überprüft.

H0 (7.4): Probleme mit der Emotionsregulation (DERS) haben keine Auswirkung auf den Einfluss des Gesamtwertes des CTQ auf die Skala Depressivität des BSI-18.

H1 (7.4): Probleme mit der Emotionsregulation (DERS) haben eine Auswirkung auf den Einfluss des Gesamtwertes des CTQ auf die Skala Depressivität des BSI-18.

Analog dazu wurden H0 (7.5) und H1 (7.5) sowie H0 (7.6) und H1 (7.6) für die beiden Subskalen des DERS, Zielgerichtetes Verhalten und Strategien, gebildet. Die Hypothesen wurden in beiden Versuchsgruppen (IG und FG) getrennt voneinander überprüft.

3.5. Geplante statistische Auswertung

Zur statistischen Auswertung der gewonnenen Daten ist das Programm SPSS Statistics 23 für Windows zum Einsatz gekommen. Da die Stichproben relativ groß waren wurde das Signifikanzniveau auf $p = .01$ festgelegt. Die Voraussetzung der Normalverteilung kann aufgrund der Stichprobengrößen für alle Verfahren angenommen werden (zentraler Grenzwertsatz: $n > 30$; Field, 2009, S. 42).

Die Fragestellungen 1 und 2 sollten mithilfe einer einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) inklusive post-hoc-Tests berechnet werden. Zur Prüfung der Varianzhomogenität, die ebenfalls eine Voraussetzung der ANOVA darstellt, wurden Levene-Tests durchgeführt. Dabei deutet ein signifikantes Ergebnis auf Unterschiede in den Varianzen hin, was bedeutet, dass die Voraussetzung nicht erfüllt ist. Dies war bei allen Hypothesen der Fall, weswegen auf Kruskal-Wallis-Tests mit anschließenden Mann-Whitney-U-Tests ausgewichen wurde. Da hier mehrere Vergleiche nichtparametrisch durchgeführt werden, wurde eine Bonferroni-Korrektur des Alpha-Fehlers händisch durchgeführt (Field, 2009, S. 373). Zusätzlich wurde als Maß der Effektstärke Cohen's d berechnet. Werte ab $d = 0.20$ gelten dabei als kleiner Effekt, Werte ab $d = 0.50$ als mittlerer und ab $d = 0.80$ als großer Effekt (Cohen, 1988).

Bei den Fragestellungen 3 bis 5 wurden zunächst Pearson-Korrelationen und anschließend Regressionsanalysen berechnet. Die Korrelationskoeffizienten (r) können nach Cohen (1988) folgendermaßen interpretiert werden: $.10$ bis $.30$ = kleiner Effekt, $.30$ bis $.50$ = mittlerer Effekt, $.50$ oder höher = starker Effekt. Das angegebene r^2 bei der Regressionsanalyse gibt an, wieviel Prozent der Varianz der abhängigen Variable durch die unabhängige erklärt werden kann. Wenn alle geforderten Voraussetzungen erfüllt sind, soll Fragestellung 7 überprüft werden, indem eine Mediatoranalyse nach Baron und Kenny (1986) berechnet wird. Abbildung 1 zeigt eine klassische Mediationsanalyse. Im Mediationsmodell werden zunächst die einzelnen Zusammenhänge der Variablen geprüft (Pfad **a**, Pfad **b**, Pfad **c**). Erst wenn alle drei Pfade signifikant sind, wird das Modell mit Mediator überprüft, ob der Mediator einen signifikanten Effekt hat, und ob der Pfad **c** auch nach Aufnahme des Mediators (wird dann zu Pfad **c'**) noch signifikant ist. Ist Pfad **c'**

signifikant, handelt es sich um eine partielle Mediation, ist der Pfad nicht mehr signifikant, handelt es sich um eine totale Mediation.

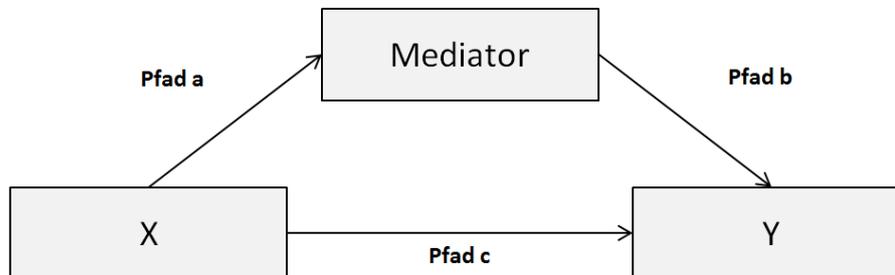


Abbildung 1: Mediationsanalyse

4. Ergebnisse

4.1. Deskriptive Statistik

Um die vorliegenden Fragestellungen beantworten zu können, wurden die Daten der ursprünglich erhobenen Kontrollgruppe ($n = 127$) aufgeteilt in eine Gruppe von Betroffenen von familiärer Gewalt (FG: $n = 51$) und in eine Gruppe von Personen, die in der Kindheit keine Gewalt erfahren haben (OG: $n = 76$). Personen, die in einer der fünf erhobenen Missbrauchsformen angegeben hatten, moderaten bis schweren Missbrauch erfahren zu haben, wurden in die Gruppe der Familiären Gewalt aufgenommen. Die Cut-off-Werte, die zur Beurteilung der Schwere des Missbrauchs herangezogen wurden, sind in Tabelle 3 angeführt. Von der ursprünglichen erhobenen Versuchsgruppe ($n = 219$) wurden drei Personen aufgrund zu vieler fehlender Werte im CTQ ausgeschlossen. Eine weitere Person wurde von der Untersuchung ausgeschlossen, da sie die nötigen Cut-off-Werte für Missbrauch in der Institution nicht erfüllte, und 127 Personen wurden von der Untersuchung ausgeschlossen, da sie nicht nur Gewalterfahrungen im Heim, sondern auch in der Familie erfahren haben. Dies führte zu einer weiteren Gruppe von Personen mit ausschließlicher Gewalterfahrung in Institutionen (IM: $n = 88$). Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Stichprobenverteilung.

Tabelle 3: Cut-off-Werte zur Beurteilung der Schwere des Missbrauchs in den einzelnen Skalen des CTQ.

	Gar nicht bis minimal	Leicht bis moderat	Moderat bis schwer	Schwer bis extrem
Emotionaler Missbrauch	5 – 8	9 – 12	13 – 15	16 – 25
Körperlicher Missbrauch	5 – 7	8 – 9	10 – 12	13 – 25
Sexueller Missbrauch	5	6 – 7	8 – 12	13 – 25
Emotionale Vernachlässigung	5 – 9	10 – 14	15 – 17	18 – 25
Körperliche Vernachlässigung	5 – 7	8 – 9	10 – 12	13 – 25

(nach Häuser et al., 2011)

Tabelle 4: Verteilung der Stichprobe in die beiden Betroffenenengruppen IG und FG und in die Kontrollgruppe OG.

Gewalterfahrung	<i>n</i>	%
Institutionelle Gewalt (IG)	88	40.9
Familiäre Gewalt (FG)	51	23.7
Ohne Gewalt (OG)	76	35.4
Gesamt	215	100.0

Zur Verteilung des Alters in den drei Stichproben wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse gerechnet, die auf keine signifikanten Altersunterschiede zwischen den Stichproben hinwies ($F = 0.750$, $df_1 = 2$, $df_2 = 211$, $p = .474$). Um Unterschiede bezüglich der Geschlechterverteilung, des Familienstandes und des Bildungsgrades zu ermitteln, wurden Chi²-Tests berechnet. Bezüglich des Familienstandes zeigte sich kein signifikanter

Unterschied zwischen den Gruppen ($\chi^2 = 6.015$, $df = 6$, $p = .422$), jedoch konnte sowohl ein Geschlechtsunterschied ($\chi^2 = 20.646$, $df = 2$, $p < .001$) als auch ein Unterschied im Bildungsgrad ($\chi^2 = 87.806$, $df = 8$, $p < .001$) zwischen den Gruppen festgestellt werden. Die genauen soziodemografischen Merkmale der einzelnen Gruppen sind in Tabelle 5 dargestellt. Bezüglich des Geschlechts (Abbildung 2) fällt auf, dass in der Gruppe IG erheblich mehr Männer (64.8%) sind als in den beiden Gruppen, die in der Familie groß geworden sind (OG: 36%, FG: 29.4%). Der Unterschied hinsichtlich des Bildungsstandes (Abbildung 3) ist auch zwischen IG und den beiden Gruppen, die nicht in Institutionen groß geworden sind, erheblich. So haben in der Gruppe IG 26.1% keinen Pflichtschulabschluss oder nur die Pflichtschule und nur 5.7% eine Matura oder eine höhere Ausbildung. Dahingegen haben die Personen in der Gruppe OG und FG seltener nur einen Pflichtschulabschluss (OG: 1.3%, FG: 2.0%) und sehr viel häufiger Matura oder eine universitäre Bildung (OG: 56.6%, FG: 56.8%).

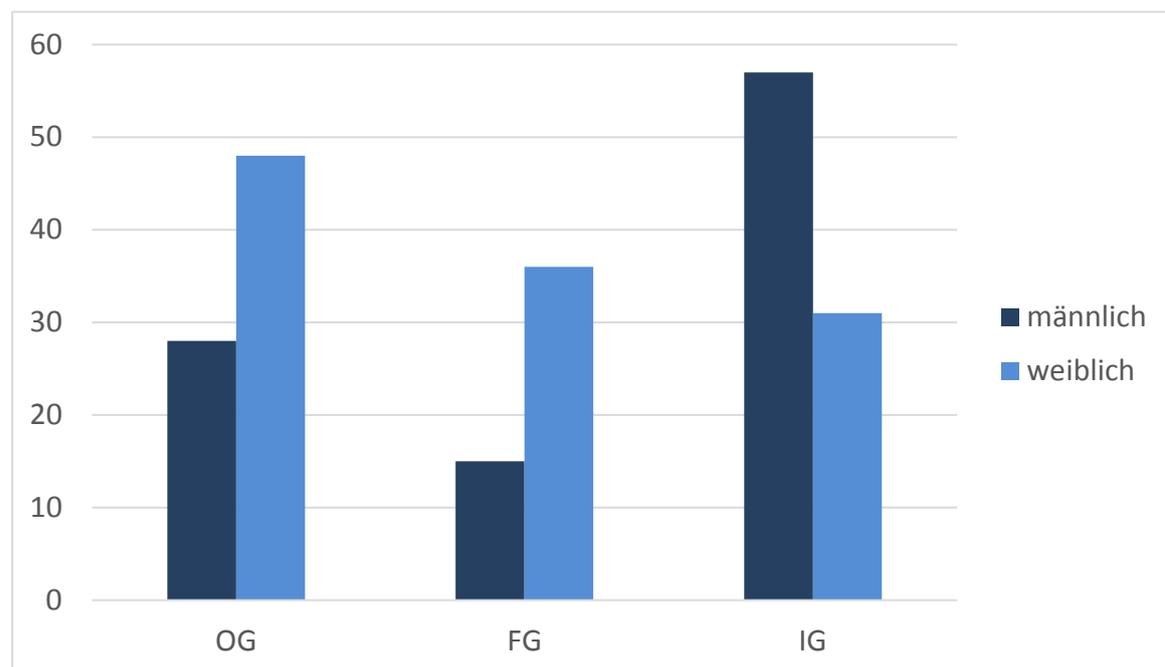


Abbildung 2: Geschlechterverteilung in den drei Gruppen

Tabelle 5: Soziodemografische Merkmale der drei Gruppen

Merkmal	Kategorien	OG		FG		IG	
Alter		M: 60.03		M: 59.06		M: 58.07	
		SD: 10.95		SD: 10.43		SD: 9.33	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Geschlecht	männlich	76		51		88	
	weiblich	28	36.8	15	29.4	57	64.8
		48	63.2	36	70.6	31	35.2
Familienstand	ledig	75		50		88	
	in Partnerschaft	7	9.3	6	12.0	18	20.5
	geschieden	41	54.7	24	48.0	38	43.2
	verwitwet	21	28.0	17	34.0	28	31.8
		6	8.0	3	6.0	4	4.5
Höchster Schulabschluss	Kein Pflichtschulabschluss, Pflichtschule	76		51		88	
	Lehre	1	1.3	1	2.0	23	26.1
	Berufsbildende mittlere Schule	17	22.4	8	15.7	48	54.6
	Höhere Schule	15	19.7	13	25.5	12	13.6
	Hochschule, Universität	27	35.6	15	29.4	2	2.3
		16	21.0	14	27.4	3	3.4

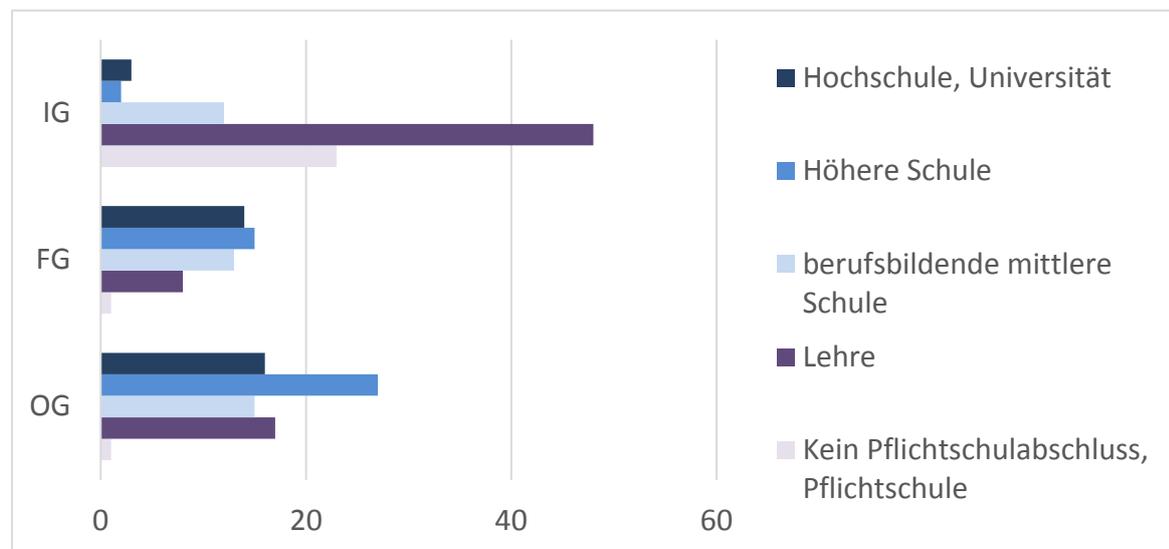


Abbildung 3: Verteilung der höchsten abgeschlossenen Ausbildung in den drei Gruppen

4.1.1. Ergebnisse bezüglich der Missbrauchserfahrungen

Tabelle 6 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der Missbrauchserfahrungen der einzelnen Gruppen. Da die Varianzhomogenität nicht gegeben war, wurden die drei Gruppen zunächst mit Hilfe eines Kruskal-Wallis-Tests verglichen, und anschließend wurden mit drei Mann-Whitney-U-Tests die paarweisen Vergleiche durchgeführt. Es zeigte sich, dass sich alle drei Gruppen signifikant voneinander unterschieden, und zwar in allen Missbrauchsformen ($p < .001$). Die meisten Missbrauchserfahrungen in allen fünf Unterkategorien des CTQ wiesen die Personen mit Missbrauchserfahrungen im institutionellen Setting auf, die der Gruppe ohne Missbrauchserfahrungen die wenigsten. Abbildung 4 stellt die Mittelwerte der drei Gruppen in allen Skalen des CTQ grafisch dar.

Tabelle 6: Mittelwerte und Standardabweichungen der Missbrauchserfahrungen in den drei untersuchten Gruppen.

	OG		FG		IG	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
CTQ-Gesamt	30.37	4.19	53.22	15.19	83.40	18.93
Emotionaler Missbrauch	6.68	1.93	13.06	4.96	18.74	5.40
Körperlicher Missbrauch	5.39	0.94	9.20	4.91	17.47	5.49
Sexueller Missbrauch	5.17	0.55	8.69	4.69	12.00	7.32
Emotionale Vernachlässigung	7.22	2.13	14.29	4.61	21.28	3.97
Körperliche Vernachlässigung	5.89	1.35	7.98	3.16	13.91	4.54

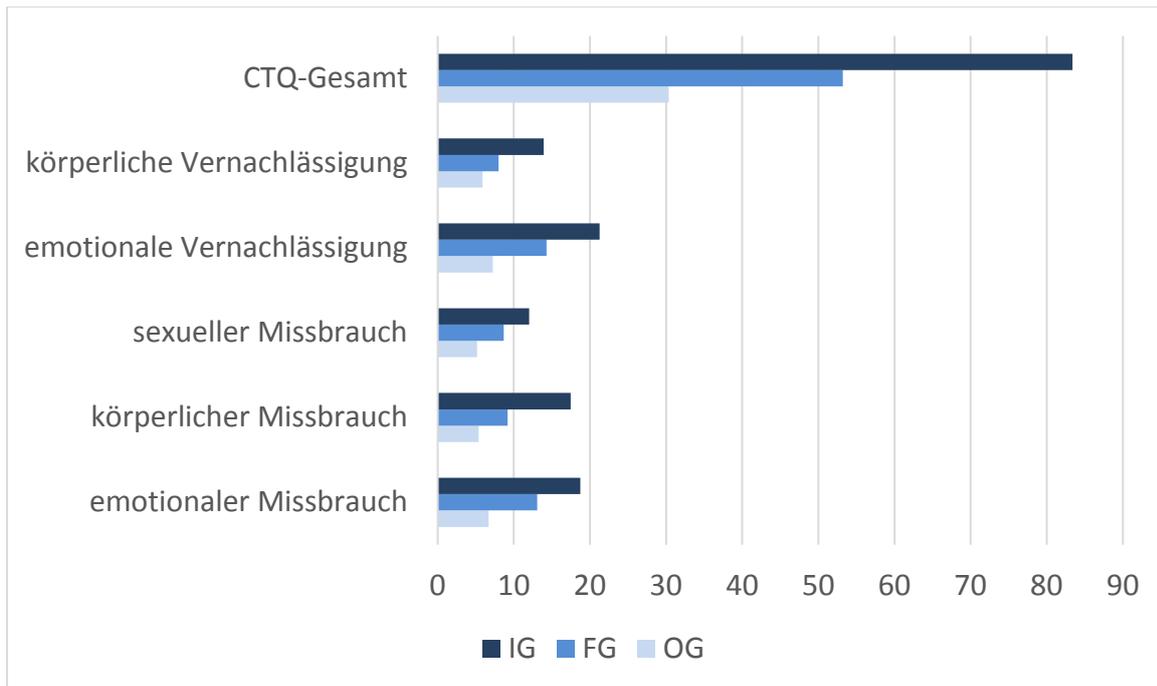


Abbildung 4: Mittelwerte der Skalen des CTQ über die drei untersuchten Gruppe

4.2. Reliabilitätsanalyse

Es wurden für alle zum Einsatz gekommenen Verfahren die Reliabilitäten über Cronbach's α in den einzelnen Stichproben erhoben. Die genauen Ergebnisse sind in Tabelle 7 zu finden. Der CTQ wies in den Gruppen FG und IG gute bis sehr gute interne Konsistenzen auf, mit Ausnahme der Skala körperliche Vernachlässigung. Dies deckt sich mit Ergebnissen aus der Literatur, und da in den folgenden Fragestellungen der CTQ nur als Ganzes herangezogen wurde, stellte dies für die weitere Berechnungen kein großes Problem dar. Die schlechten Reliabilitäten in der Gruppe OG lassen sich dahingehend erklären, dass der CTQ ein Messinstrument für Gewalt in der Kindheit darstellt und die Gruppe OG hier nur als Kontrollgruppe fungiert, die eben genau diese Erfahrungen nicht gemacht hat. Die drei weiteren Verfahren zur Erfassung der Schwierigkeiten in der ER und der klinischen Symptomatik im Erwachsenenalter zeigen ebenfalls gute bis sehr gute Reliabilitäten.

Tabelle 7: Cronbach's α der zum Einsatz gekommenen Verfahren und deren Subtests für die drei untersuchten Gruppen

	OG	FG	IG
CTQ			
Gesamt	.614	.889	.906
Emotionaler Missbrauch	.553	.847	.831
Körperlicher Missbrauch	.425	.878	.862
Sexueller Missbrauch	.363	.921	.973
Emotionale Vernachlässigung	.541	.807	.798
Körperliche Vernachlässigung	.041	.563	.643
DERS			
Gesamt	.869	.894	.916
Strategien	.876	.854	.901
Zielgerichtetes Verhalten	.816	.836	.858
BSI-18			
Depressivität	.810	.729	.856
PCL-5	.878	.910	.925

4.3. Interferenzstatistische Ergebnisse

4.3.1. Fragestellung 1

Unterscheiden sich Personen mit Missbrauchserfahrungen im institutionellen Setting von Personen mit familiären Missbrauchserfahrungen und Personen ohne Missbrauchserfahrungen hinsichtlich ihrer Schwierigkeiten in der ER?

Zur Beantwortung der ersten Fragestellung wurden die beiden Betroffenen Gruppen und die Kontrollgruppe mithilfe eines Kruskal-Wallis-Tests miteinander verglichen, da der Levene-Test auf Homogenität der Varianzen signifikant ausfiel. Es zeigte sich ein signifikantes Ergebnis im Gesamtscore des DERS ($\chi^2 = 34.955$, $df = 2$, $p < .001$) und in den beiden Untertests Ziele ($\chi^2 = 27.982$, $df = 2$, $p < .001$) und Strategien ($\chi^2 = 30.577$, $df = 2$, $p < .001$), woraufhin mit drei Mann-Whitney-U-Tests die

drei Gruppen verglichen wurden. Das α -Niveau lag hier nach der händischen Bonferroni-Korrektur bei $p = .003$. Tabelle 8 zeigt die Mittelwerte der einzelnen Gruppen im DERS-Gesamt und in den beiden Untertests sowie die Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests inklusive Effektstärken. Die Gruppe IG unterschied sich mit teils großen Effekten im Gesamtwert und in den Untertests sowohl von der Gruppe FG signifikant als auch von der Gruppe OG. Zwischen der Gruppe FG und der Gruppe OG konnte kein signifikanter Unterschied gefunden werden.

Tabelle 8: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests nach signifikantem Kruskal-Wallis-Test, zum Unterschied in der ER und im PCL-5 sowie im BSI-18 zwischen den Gruppen OG, FG und IG. Signifikante Ergebnisse sind mit einem * gekennzeichnet.

	<i>M, SD</i>	Gruppe		<i>p</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>d</i>
DERS Gesamt	OG: <i>M</i> : 21.93 <i>SD</i> : 7.16	OG	FG	.070	1570.00	-1.813	-0.326
	FG: <i>M</i> : 24.63 <i>SD</i> : 8.57	OG	IG	< .001*	1583.00	-5.660	-1.161
	IG: <i>M</i> : 31.92 <i>SD</i> : 12.08	FG	IG	< .001*	1371.50	-3.661	-0.659
DERS Ziel-gerichtetes Verhalten	OG: <i>M</i> : 10.46 <i>SD</i> : 4.10	OG	FG	.138	1637.50	-1.484	-0.266
	FG: <i>M</i> : 11.61 <i>SD</i> : 4.55	OG	IG	< .001*	1760.00	-5.075	-0.870
	IG: <i>M</i> : 14.83 <i>SD</i> : 5.57	FG	IG	.001*	1451.00	-3.311	-0.590
DERS Strategien	OG: <i>M</i> : 11.47 <i>SD</i> : 4.31	OG	FG	.019	1466.50	-2.339	-0.424
	FG: <i>M</i> : 13.02 <i>SD</i> : 4.87	OG	IG	< .001*	1694.00	-5.307	-0.918
	IG: <i>M</i> : 17.09 <i>SD</i> : 7.79	FG	IG	.002*	1510.50	-3.047	-0.539

PCL-5	OG: <i>M</i> : 8.52 <i>SD</i> : 8.78	OG	FG	.061	1300.50	-1.870	-0.354
	FG: <i>M</i> : 12.59 <i>SD</i> : 11.62	OG	IG	< .001*	931.00	-6.982	-1.381
	IG: <i>M</i> : 28.20 <i>SD</i> : 18.41	FG	IG	< .001*	1081.50	-5.017	-0.945
BSI-18 Depressivität	OG: <i>M</i> : 1.21 <i>SD</i> : 2.53	OG	FG	.021	1501.00	-2.302	-0.417
	FG: <i>M</i> : 1.96 <i>SD</i> : 2.66	OG	IG	< .001*	1559.50	-6.069	-1.076
	IG: <i>M</i> : 5.88 <i>SD</i> : 6.145	FG	IG	< .001*	1378.00	-3.840	-0.689

4.3.2. Fragestellung 2

Unterscheiden sich Personen mit Missbrauchserfahrungen im institutionellen Setting von Personen mit familiären Missbrauchserfahrungen und Personen ohne Missbrauchserfahrungen hinsichtlich ihrer Symptomausprägung bei der Posttraumatischen Belastungsstörung oder der Depressivität?

Auch hier wurde aufgrund der fehlenden Varianzhomogenität ein Kruskal-Wallis-Test mit signifikantem Ergebnis sowohl im PCL-5 ($\chi^2 = 55.693$, $df = 2$, $p < .001$) als auch im BSI-18 in der Skala Depressivität ($\chi^2 = 40.847$, $df = 2$, $p < .001$) errechnet. Das Alpha-Fehler-Niveau für die einzelnen Gruppenvergleiche lag auch hier nach Korrektur bei .003. Tabelle 8 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der drei Gruppen sowie die detaillierten Ergebnisse der U-Tests inklusive Effektstärken in der Skala Depressivität des BSI-18 und im PCL-5. Die Mann-Whitney-U-Tests zeigten erneut einen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe IG und der Gruppe FG, sowie zwischen der Gruppe IG und der Gruppe OG sowohl hinsichtlich der PTBS-Symptomatik als auch der Depressivität. Die Gruppen FG und OG zeigten hingegen in beiden Skalen keinen signifikanten Unterschied. Die signifikanten Unterschiede weisen nach Cohen (1988) auf einen mittleren bis großen Effekt hin.

4.3.3. Fragestellung 3

Hängt das Ausmaß des Missbrauches in der Kindheit mit späteren Problemen in der Emotionsregulation zusammen?

Um zu beantworten, ob es einen positiven Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Gewalt in der Kindheit und späteren Problemen in der Emotionsregulation gibt, wurden getrennt für die Gruppe IG und die Gruppe FG Pearson-Korrelationen des Gesamtwertes im CTQ mit dem Gesamtwert des DERS und den Untertests gerechnet. Für die Gruppe FG wurden keine signifikanten Zusammenhänge auf dem Signifikanzniveau von .01 gefunden, weder im Gesamtwert ($p = .104$) noch in den beiden Subskalen Strategien ($p = .382$) und Zielgerichtetes Verhalten ($p = .019$). Die genauen Korrelationskoeffizienten sind in Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 9: Darstellung der Korrelationskoeffizienten der Fragestellungen 3 bis 5 (Zusammenhänge aller untersuchten Variablen) in der Gruppe FG. Signifikante Ergebnisse sind mit einem * gekennzeichnet.

Variable	CTQ-Ges	DERS-Ges	Zielgerichtetes Verhalten	Strategien
CTQ-Ges				
DERS-Ges	.179			
Zielgerichtetes Verhalten	.291			
Strategien	.043			
PCL-5	.294	.565*	.549*	.482*
BSI-18	.164	.671*	.619*	.602*
Depressivität				

In der Gruppe IG hingegen ließen sich signifikante Zusammenhänge feststellen. Die Korrelationskoeffizienten sind in Tabelle 10 dargestellt. Es konnte gezeigt werden, dass das Ausmaß des Missbrauchs signifikant mit dem DERS und seinen Untertests zusammenhängt. Es ist in allen drei Fällen von einem mittleren Effekt zu sprechen.

Tabelle 10: Darstellung der Korrelationskoeffizienten der Fragestellungen drei bis fünf (Zusammenhänge aller untersuchten Variablen) in der Gruppe IM. Signifikante Ergebnisse sind mit einem * gekennzeichnet.

Variable	CTQ-Ges	DERS-Ges	Zielgerichtetes Verhalten	Strategien
CTQ-Ges				
DERS-Ges	.386*			
Zielgerichtetes Verhalten	.305*			
Strategien	.381*			
PCL-5	.616*	.616*	.487*	.606*
BSI-18	.397*	.591*	.428*	.610*
Depressivität				

4.3.4. Fragestellung 4

Hängt das Ausmaß des Missbrauches in der Kindheit mit späteren Symptomen einer PTBS oder Depressivität zusammen?

Es wurden bei Fragestellung 4 getrennt für die beiden Versuchsgruppen Korrelationen zwischen dem CTQ und der BSI-18-Skala „Depressivität“ und dem PCL-5 berechnet. Für die Gruppe FG konnten erneut keine signifikanten Zusammenhänge gefunden werden. Weder der CTQ und der PCL-5 zeigten in dieser Gruppe einen signifikanten Zusammenhang ($p = .019$) noch der CTQ und die Skala „Depressivität“ ($p = .125$). Korrelationskoeffizienten für die Gruppe FG sind erneut in Tabelle 9 zu finden.

In der Gruppe IG konnten signifikante Zusammenhänge sowohl für CTQ und PCL-5 mit einem starken Effekt ($p < .001$) als auch für CTQ und Depressivität mit einem mittleren Effekt ($p < .001$) gefunden werden. Die genauen Korrelationskoeffizienten sind in Tabelle 10 angeführt.

4.3.5. Fragestellung 5

Hängen Schwierigkeiten in der Emotionsregulation mit Symptomausprägungen einer PTBS oder Depressivität zusammen?

Die Fragestellung 5 wurde wieder getrennt für die beiden Versuchsgruppen berechnet. Hier zeigten sich jedoch in beiden Gruppen signifikante Korrelationen, alle mit einem hoch signifikanten Ergebnis ($p < .001$). Die Korrelationskoeffizienten der Gruppe FG sind in Tabelle 9 zu finden. Es zeigten sich mittlere bis hohe Effekte zum Zusammenhang zwischen den Skalen im DERS und dem PCL-5, und die Skala Depressivität zeigte mit allen Skalen des DERS starke Zusammenhänge. Für die Gruppe IG zeigten sich ähnliche Ergebnisse, die in Tabelle 10 genauer dargestellt sind. Die Zusammenhänge der einzelnen Variablen waren auch hier allesamt hoch signifikant ($p < .001$).

4.3.6. Fragestellung 6

Gibt es signifikante Prädiktoren für das Ausmaß des Missbrauches in der Kindheit?

Um Fragestellung 6 zu beantworten, wurde für beide Gruppen getrennt eine Regressionsanalyse mit je zwei Prädiktoren gerechnet. Zum einen wurde der PCL-5 als möglicher Prädiktor in das Modell aufgenommen, und zum anderen die Skala Depressivität des BSI-18. In der Gruppe FG konnten keine signifikanten Prädiktoren für den Gesamtwert des CTQ identifiziert werden ($F = 2.268$, $df_1 = 2$, $df_2 = 48$, $p = .115$, $r^2 = .086$). In der Gruppe IG hingegen erwies sich das Regressionsmodell als signifikant ($F = 26.227$, $df_1 = 2$, $df_2 = 84$, $p < .001$) und konnte 38.4% der Varianz erklären. Dabei konnte der PCL-5 als signifikanter Prädiktor für das Ausmaß des IM in der Kindheit identifiziert werden, die Skala Depressivität des BSI-18 hingegen nicht. In Tabelle 11 sind die Ergebnisse zum Einfluss der beiden Prädiktorvariablen dargestellt. Der standardisierte Regressionskoeffizient β gibt Auskunft über den Einfluss der einzelnen Prädiktoren und kann direkt interpretiert werden. So bedeutet der Wert .687 des signifikanten Prädiktors, dass wenn sich der PCL-5 Wert um eine Standardabweichung verändert, sich der Wert im CTQ um 0.687 Standardabweichungen ändert.

Tabelle 11: Ergebnisse der Regressionsanalyse zum Einfluss der beiden Prädiktoren PCL-5 und BSI-18-Depressivität auf den CTQ-Gesamtwert

Prädiktor	Regressionskoeffizient BETA	t	p
PCL-5	.687	5.779	<.001
BSI-18 Depressivität	-.103	-0.870	.387

4.3.7. Fragestellung 7

Mediieren Probleme mit der Emotionsregulation den Zusammenhang zwischen Missbrauch in der Kindheit und späteren Symptomen einer PTBS, Depressivität oder Ängstlichkeit?

Da die Voraussetzungen für die Durchführung einer Mediationsanalyse nur für die Gruppe IG gegeben waren, konnte nur anhand dieser Daten gerechnet werden. Zunächst wurde der Effekt der Gewalterfahrungen auf die Symptome einer PTBS unter Berücksichtigung der Emotionsregulation in der Gruppe IG untersucht. Die einzelnen Pfade des Modells für sich alleine genommen, die als Voraussetzung für die Mediationsanalyse gelten, zeigten alle einen signifikanten Zusammenhang. In Abbildung 5 sind die Korrelationskoeffizienten der einzelnen Wege dargestellt. Die Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation (DERS-Ges) stellten sich als signifikanter Mediator heraus ($p = .004$), und erklärten 21.14% der Varianz. Da der Pfad von CTQ-Gesamt auf PCL-5 auch nach der Aufnahme des Mediators in das Modell (Pfad c') noch signifikant war ($p < .001$), ist hier von einer partiellen Mediation auszugehen.

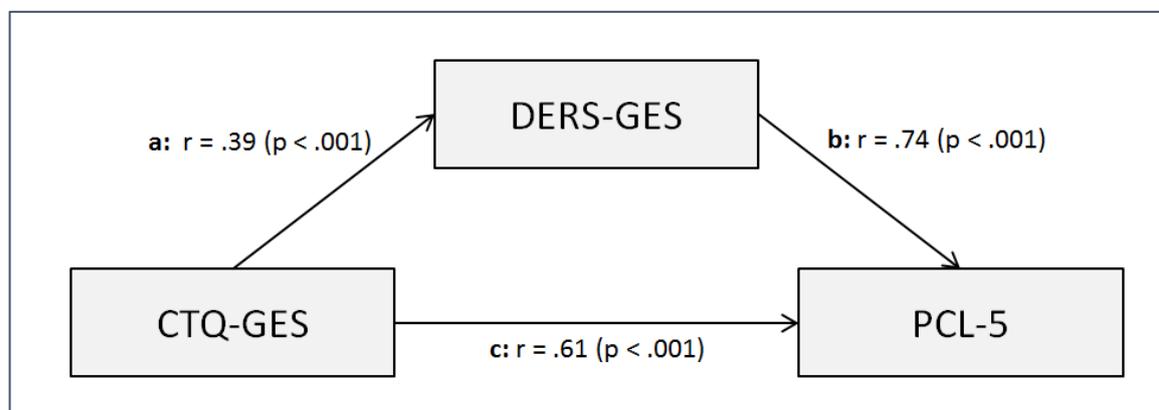


Abbildung 5: Korrelationskoeffizienten und Signifikanzniveaus der einzelnen Pfade des Mediationsmodells zum Zusammenhang von CTQ-Ges, DERS-Ges und PCL-5.

Anschließend wurde das Modell noch mit den beiden Untertests des DERS als Mediator gerechnet. Es handelte sich bei beiden Modellen wieder um partielle Mediationen, da Pfad c' immer noch signifikant war (Zielgerichtetes Verhalten: $p < .001$, Strategien: $p < .001$). Der Untertest „zielgerichtetes Verhalten“ stellte sich jedoch als nicht signifikanter Mediator heraus ($p = .031$). Der Untertest „Strategien“ stellte sich hingegen als signifikanter Mediator heraus ($p = .007$), der 20.6% der Varianz erklärte.

In einem nächsten Schritt wurde das Mediationsmodell mit BSI-18-Depressivität als Outcome-Variable und zunächst wieder mit dem Gesamtwert des DERS als Mediator getestet. Die einzelnen Pfade des Modelles für sich alleine genommen haben sich alle als signifikant herausgestellt. Die Korrelationskoeffizienten sind in Abbildung 6 dargestellt. Der Mediationseffekt erwies sich ebenfalls als signifikant ($r^2 = .116$, $p = .002$), und es konnten dadurch 11.63% der Varianz erklärt werden. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass wenn der Mediator in das Modell aufgenommen wird, der Einfluss von CTQ-Gesamt auf BSI-18-Depressivität (Pfad c') nicht länger signifikant war ($p = .069$), was auf eine totale Mediation durch den Gesamtwert des DERS hinweist. Anschließend wurde das Modell wieder mit den beiden Untertests des DERS gerechnet. Hier konnte mit beiden Mediatoren eine totale Mediation festgestellt werden, da der Pfad c' nach Aufnahme des Mediators in beiden Fällen nicht länger signifikant war (Zielgerichtetes Verhalten: $p = .027$, Strategien: $p = .069$). „Zielgerichtetes Verhalten“ stellte sich auch hier als nicht signifikanter Mediator heraus ($p = .041$), jedoch war die Skala „Strategien“ erneut ein signifikanter Mediator ($p = .002$), der 11.78% der Varianz erklären konnte.

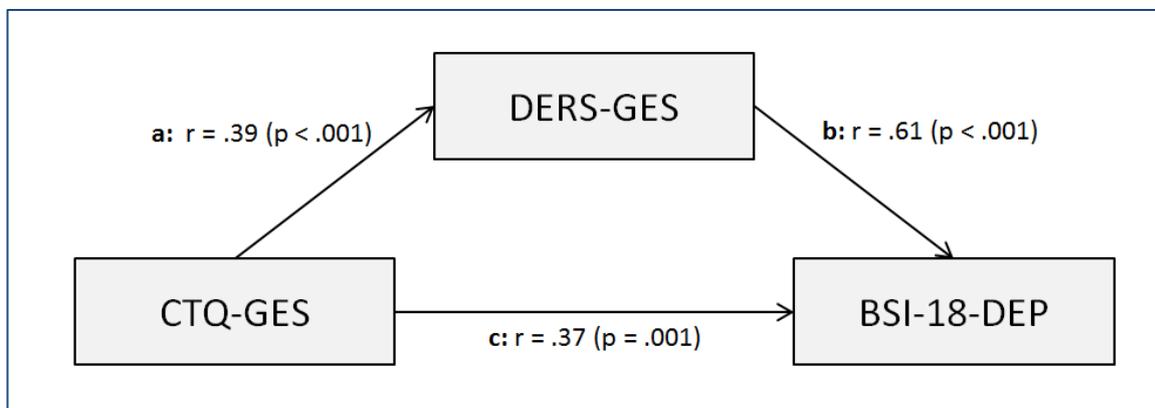


Abbildung 6: Korrelationskoeffizienten und Signifikanzniveaus der einzelnen Pfade des Mediationsmodells zum Zusammenhang von CTQ-Ges, DERS-Ges und BSI-Dep.

5. Diskussion

Ziel der ersten und zweiten Fragestellung war der Vergleich von Auswirkungen von familiärer Gewalt und institutioneller Gewalt auf Schwierigkeiten bei der ER und auf Symptome einer PTBS und Depressivität im Erwachsenenalter. Es konnten sowohl bei der Fragestellung 1 als auch bei der Fragestellung 2 alle Alternativhypothesen angenommen werden, denn es gab bei den drei Gruppen Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung der Schwierigkeiten der ER in allen erhobenen Skalen und hinsichtlich der Ausprägung der Depressivität und der PTBS-Symptomatik. Dabei zeigte sich, dass Personen, die Missbrauch im institutionellen Setting erlebt haben, mehr Symptome einer PTBS beziehungsweise einer Depression aufweisen und auch mehr Schwierigkeiten mit der ER haben, und zwar nicht nur im Vergleich mit Personen ohne Missbrauchserfahrungen, sondern auch im Vergleich zu Personen mit Gewalterfahrungen in der Familie. Dies unterstreicht die zuvor erwähnten Überlegungen aus der Literatur, dass Personen mit institutionellen Gewalterfahrungen eine besonders vulnerable Gruppe für spätere psychische Probleme darstellen (z.B. Lueger-Schuster et al., 2014). Darüber hinaus zeigte sich, dass diese Gruppe besonders viele Schwierigkeiten hat, Strategien zur ER erfolgreich einzusetzen. In einem weiteren Schritt wurde getrennt in beiden Versuchsgruppen untersucht, ob mehr Gewalterfahrungen in der Kindheit in Zusammenhang stehen mit einerseits vermehrten Problemen hinsichtlich der ER (Fragestellung 3) und andererseits vermehrten Symptomen hinsichtlich einer PTBS oder Depressivität (Fragestellung 4). Dieser Zusammenhang konnte für die Gruppe IG in allen Konstrukten gefunden werden, was die bisherigen Forschungsergebnisse unterstützt, dass mehr erlebte Gewalt auch zu schlechteren Outcomes führt (z.B. Anda et al., 2006).

Entgegen den Erwartungen konnte in dieser Stichprobe jedoch kein Unterschied zwischen Personen mit familiären Gewalterfahrungen und Personen ohne diese gefunden werden, weder hinsichtlich der ER noch hinsichtlich der Symptome einer PTBS oder Depressivität. Darüber hinaus zeigte sich in der Gruppe FG auch kein Zusammenhang zwischen CTQ und den einzelnen Skalen, das heißt, dass mehr Gewalt nicht zu schlechteren Outcomes in dieser Gruppe führte, weder hinsichtlich der klinischen Symptome noch hinsichtlich der ER. Dies könnte auf die festgelegten Cut-off-Werte im CTQ zurückzuführen sein. Da sich jedoch gezeigt hat, dass sich beide Gruppen hinsichtlich

der Gewalterfahrungen signifikant unterscheiden, kann diese Einteilung nicht der alleinige Grund sein. Es ist darüber hinaus zu erwähnen, dass es sich bei vielen Studien, die sich mit Auswirkungen von Gewalt in der Kindheit beschäftigen, um Studien handelt, die klinische Stichproben (z.B. Choi et al., 2014), oder Risikogruppen (Agorastos et al., 2014; Weiss et al., 2013) untersuchten. Bei der vorliegenden Studie handelt es sich hingegen, bei der Gruppe FG, um eine Zufallsstichprobe aus der Bevölkerung, die keine Selektierung hinsichtlich klinischer Symptomatik aufwies. Dass klinische Symptome aus diesem Grund in der vorliegenden Stichprobe nicht so häufig waren, könnte einen Grund für die abweichenden Ergebnisse darstellen. Hier stellt sich die Frage, ob die Stichproben FG und OG dahingehend vorselektiert wurden, dass an einer so umfangreichen Befragung, die auf sehr persönliche Themengebiete abzielt, eher Personen teilnehmen, die im Moment wenig psychische Probleme aufweisen.

Der in Fragestellung 5 untersuchte Zusammenhang zwischen Schwierigkeiten bei der ER und klinischer Symptomatik konnte in beiden Versuchsgruppen belegt werden. Personen mit wenig effektiven Strategien zur ER und weniger zielorientiertem Handeln trotz negativer Emotionen zeigten mehr Symptome einer PTBS und mehr Symptome hinsichtlich Depressivität. Dies wurde sowohl in der Gruppe FG als auch in der Gruppe IG mit zum Teil großen Effekten gefunden, was bedeutet, dass in beiden Gruppen die Alternativhypothese angenommen werden kann. Diese Ergebnisse unterstützen die Erkenntnisse aus der Literatur (z.B. Aldao et al., 2010), dass die ER einen entscheidenden Beitrag zur Ausbildung und Aufrechterhaltung von psychischen Problemen hat.

Ziel der sechsten Fragestellung war es mögliche Prädiktoren für das Ausmaß der Gewalterfahrungen in der Kindheit zu identifizieren. Dabei konnten in der Gruppe FG keine signifikanten Prädiktoren gefunden werden. In der Gruppe IG hingegen stellte sich die Ausprägung der PTBS-Symptome als signifikanter Prädiktor für das Ausmaß der erlebten Gewalt heraus. Dies untermauert den engen Zusammenhang zwischen Missbrauch der in Institutionen stattfindet und Symptomausprägung einer PTBS.

In einem letzten Schritt wurde im Rahmen der Fragestellung 6 überprüft, ob die Schwierigkeiten bei der ER den Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen und späteren klinischen Symptomen medieren. Dieses Mediationsmodell, das in der Literatur

schon relativ gut belegt ist (z.B. Hopfinger et al., 2016), sollte anhand der Stichprobe von Betroffenen von IM untersucht werden. Dies konnte auch nur anhand der Gruppe IG überprüft werden, da in der Gruppe FG, wie bereits zuvor erwähnt, keine signifikanten Korrelationen zwischen Gewalterfahrungen, ER und klinischen Symptomen gefunden werden konnten. Die in der Literatur gefundenen Zusammenhänge konnten für diese spezielle Betroffenengruppe von Missbrauch belegt werden. Es stellte sich heraus, dass der Gesamtwert der erhobenen ER und die Skala Strategien sowohl für den Zusammenhang zwischen IG und Symptome einer PTBS als auch den Zusammenhang zwischen IG und Depressivitätssymptomen signifikante Mediatoren darstellen. Für den Zusammenhang mit PTBS-Symptomen stellten die Schwierigkeiten bei der ER einen partiellen Mediator dar. Dies bedeutet, dass der Zusammenhang zwischen IG und PTBS-Symptomen zum Teil durch die Schwierigkeiten mit der ER erklärt werden kann, jedoch noch andere Faktoren diesen Zusammenhang mitbedingen. Bei den Depressivitätssymptomen zeigte sich eine totale Mediation, was bedeutet, dass der Zusammenhang zwischen IM und Depressivitätssymptomen vollständig durch die Schwierigkeiten mit der ER erklärt werden kann. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass bei Betroffenen von IG genauso wie generell bei Betroffenen von Gewalt in der Kindheit die Fähigkeiten zur ER nicht ausreichend vorhanden sind beziehungsweise ineffektive Strategien eingesetzt werden und dass die Schwierigkeiten mit der ER mitverantwortlich sind für klinische Symptome im Erwachsenenalter.

6. Limitationen

Die vorliegende Studie weist auch einige Limitationen auf, so ist die Vergleichbarkeit der Stichproben in dieser Untersuchung sehr schwierig, da sie sich erheblich bezüglich Geschlecht und im Bildungsstand unterscheiden. Da wie bereits erwähnt sowohl Geschlecht als auch Bildungsstand Risikofaktoren für Gewalt (Häuser et al., 2011), aber auch für spätere psychische Probleme darstellen (Wittchen et al., 2011), wären hier ähnliche Stichproben wünschenswert gewesen. Auch kann spekuliert werden, ob sich möglicherweise für die erhobene Kontrollgruppe eher Personen bereit erklärt haben, die aktuell weniger unter klinischen Symptomen litten, beziehungsweise auch

weniger Gewalterfahrungen gemacht haben, und so die Stichprobe möglicherweise dahingehend unbewusst vorselektiert wurde.

Des Weiteren ist anzumerken, dass mit den Regressions- und Mediationsanalysen zwar versucht wird, sich Kausalaussagen anzunähern, aufgrund der Studiendesigns ein Kausalschluss jedoch nicht möglich ist. Da es sich um eine Querschnitts- und keine Längsschnittstudie handelt, waren die Erhebungen nur auf einen Zeitpunkt beschränkt, und auch eine randomisierte Zuordnung zu den Gruppen war bei der gegebenen Fragestellung natürlich nicht möglich.

Auch stellt sich die Frage, ob Unterschiede zwischen den beiden Versuchsgruppen nicht bloß darauf zurückzuführen sind, dass die Gruppe IG bedeutend mehr Gewalterfahrungen erlebt hat als die Gruppe FG, also dass der Unterschied in den Outcomes nur auf die Menge der Gewalt und nicht auf die Gewalt in diesem besonderen Setting zurückzuführen ist. Da der CTQ als Verfahren zur Erfassung der Gewalt in der Kindheit herangezogen wurde, war es nicht wirklich möglich, auf die Besonderheiten des IM einzugehen und diesen differenziert zu erfassen. Dies wäre für die Fragestellung jedoch von Bedeutung gewesen und es ist davon auszugehen, dass hier Informationen, die möglicherweise wichtig gewesen wären, nicht ausreichend erfasst werden konnten.

Die Emotionsregulation wurde im Rahmen dieser Studie nur über zwei Skalen des DERS erfasst. Da das Konstrukt aber doch sehr vielfältig ist, stellt sich die Frage, ob es so ausreichend differenziert erfasst wurde. Vor allem weil die gefundenen Ergebnisse die wichtige Rolle der ER bei Opfern von Gewalt in der Kindheit unterstreichen, wäre es hier für die Zukunft wünschenswert, diese Probleme in diesem Zusammenhang genauer und differenzierter zu erfassen.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass alle Angaben der Personen auf Selbstbeurteilungsfragebögen beruhten, die ihre bekannten Nachteile mit sich bringen. Neben der Gefahr der sozial erwünschten Antworten und Erinnerungsverzerrungen kommt es bei Opfern von Gewalt auch oft zu Verdrängungen. Es zeigte sich auch, dass junges Alter zum Zeitpunkt des Missbrauchs und fehlende mütterliche Unterstützung mit vermehrtem Vergessen in Zusammenhang steht (Williams, 1995). Hardt und Rutter (2004) konnten in ihrer Zusammenfassung mehrerer Studien zeigen, dass nur etwa zwei Drittel

der Menschen, deren Missbrauch dokumentiert wurde, später auch angeben, missbraucht worden zu sein. Es gibt also eine große Zahl an Opfern, die retrospektiv nicht von ihrem Missbrauch berichten. Dies geschehe unter anderem aufgrund von Verdrängung, die unbewusst geschieht, oder aus wissentlichem Verschweigen aufgrund von Schamgefühl (Hardt & Rutter, 2004).

7. Fazit und Ausblick

Es ist festzuhalten, dass anhand der vorliegenden Stichprobe und der Erhebungsinstrumente der Vergleich von familiärem und institutionellem Missbrauch in dieser Studie kritisch zu betrachten ist. Hier wäre es sehr wünschenswert, die gefundenen Ergebnisse mit besser vergleichbareren Stichproben nochmals zu überprüfen. Darüber hinaus wäre die Entwicklung eines Untersuchungsinstruments erstrebenswert, das die institutionellen Missbrauchserfahrungen in ihrer Besonderheit besser erfassen kann. Dass ein solches noch nicht vorhanden ist, unterstreicht den großen Aufholbedarf hinsichtlich der Forschung zum IM.

Nichtsdestotrotz konnte aber sehr eindeutig gezeigt werden, dass Kinder in Heimen nicht nur sehr viel Gewalt ausgesetzt waren, sondern auch dass diese Gewalt in diesem speziellen Setting ganz besonders negative Auswirkungen auf die klinische Symptomatik im Erwachsenenalter der Betroffenen zu haben scheint. Dabei ging klar hervor, dass ein Teil dieser Schwierigkeiten durch die Probleme bei der Emotionsregulation, die bei den Betroffenen sehr häufig sind, mitbedingt wird. Dies konnte schon bei Betroffenen von familiärer Gewalt in einigen Studien gezeigt werden, jedoch sind diese Erkenntnisse für eine Stichprobe von Missbrauchsoffern aus Institutionen neu. Dies zeigt eine klare Implikation für die therapeutische Arbeit mit Betroffenen von IM. Es zeigt, dass auch hier die Arbeit an der Emotionsregulationsfähigkeit ein vielversprechender Ansatz zur Linderung der klinischen Symptomatik bei Opfern von IM sein kann.

Strategien zur Prävention und Unterstützung von Betroffenen von IM zu entwickeln ist ein generelles Ziel der Wiener Heimstudie (Lueger-Schuster, 2014), weswegen die hier gefundenen Ergebnisse von großer Bedeutung sind. Jedoch ist in

diesem Bereich noch mehr Forschung zu Auswirkungen und Besonderheiten des IM notwendig, um genau dieses Ziel zu erreichen, einerseits das Vorkommen von IM in der Zukunft zu verhindern und andererseits Therapien besser auf die Bedürfnisse von Betroffenen von IM abstimmen zu können.

Literaturverzeichnis

- Agorastos, A., Pittman, J. O. E., Angkaw, A. C., Nievergelt, C. M., Hansen, C. J., Aversa, L. H. et al. (2014). The cumulative effect of different childhood trauma types on self-reported symptoms of adult male depression and PTSD, substance abuse and health-related quality of life in a large active-duty military cohort. *Journal of Psychiatric Research, 58*, 46-54.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 217-237.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D. Whitfield, C., Perry, B. D. et al. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256*, 174-186.
- Arditte, K. A. & Joormann, J. (2011). Emotion regulation in depression: Reflection predicts recovery from a Major Depression Episode. *Cognitive Therapy and Research, 35*, 536-543.
- Bader, K., Hännly, C., Schäfer, V., Neuckel, A. & Kuhl, C. (2009). Childhood Trauma Questionnaire – psychometrische Eigenschaften einer deutschsprachigen Version. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 38*, 223-230.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173-1182.
- Beesdo-Baum, K. & Wittchen, H. U. (2011). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 879-914). Berlin: Springer.
- Behl, L. E., Conyngham, H. A. & May, P. F. (2003). Trends in child maltreatment literature. *Child Abuse & Neglect, 27*, 215-229.

- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A. & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behavior Research and Therapy*, *46*, 1230-1237.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T. et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, *27*, 169-190.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K. & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for *DSM-5* (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, *28*, 489-498.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, *47*, 923-929.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for Posttraumatic Stress Disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 748-766.
- Burrus, C. (2013). Developmental trajectories of abuse – An hypothesis for the effects of early childhood maltreatment on dorsolateral prefrontal cortical development. *Medical Hypotheses*, *81*, 826-829.
- Carr, A., Dooley, B., Fitzpatrick, M., Flanagan, E., Flanagan-Howard, R., Tierney, K. et al. (2010). Adult adjustment of survivors of institutional child abuse in Ireland. *Child Abuse & Neglect*, *34*, 477-489.
- Choi, J. Y., Choi, Y. M., Gim, M. S., Park, J. H. & Park, S. H. (2014). The effects of childhood abuse on symptom complexity in a clinical sample: Mediating effects of emotion regulation difficulties. *Child Abuse & Neglect*, *38*, 1313-1319.
- Choi, J. Y. & Oh, K. J. (2014). Cumulative childhood trauma and psychological maladjustment of sexually abused children in Korea: Mediating effects of emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, *38*, 296-303.
- Cloitre, M., Cohen, L. R. & Koenen, K. C. (2014). *Sexueller Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit. Ein Therapieprogramm zur Behandlung komplexer Traumafolgen*. Göttingen: Hogrefe.
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C. & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, *36*, 119-124.

- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Nooner, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L. et al. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, *167*, 915-924.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Auflage). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Conen, M. (2005). Institutionelle Strukturen und sexueller Missbrauch durch Mitarbeiter in stationären Einrichtungen für Kinder und Jugendliche. In G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch: Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie; Ein Handbuch*. (S. 795-807). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Cyr, K., Clément, M. E. & Chamberland, C. (2014). Lifetime prevalence of multiple victimization and its impact on children's mental health. *Journal of Interpersonal Violence*, *29*, 616-634.
- Danese, A. & McEwan, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, *106*, 29-39.
- Darves-Bornoz, J. M., Alonso, J., Girolamo, G., Graaf, R., Haro, J. M., Konvess-Masfety, V. et al. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Survey. *Journal of Traumatic Stress*, *21*, 455-462.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F. & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Journal of the American Medical Association*, *286*, 3089-3096.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H. & Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, *37*, 268-277.
- Ehring, T. & Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior Therapy*, *41*, 587-598.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS, third edition*. London: SAGE.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. & Turner, H. A. (2007a). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, *31*, 7-26.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. & Turner, H. A. (2007b). Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, *31*, 479-502.

- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. & Turner, H. A. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 33, 403-411.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., Turner, H. & Holt, M. (2009). Pathways to poly-victimization. *Child Maltreatment*, 14, 316-329.
- Franke, G.H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L. R. Darogatis*. Göttingen: Beltz-Test.
- Freyd, J. J., Klest, B. & Allard, C. B. (2005). Betrayal trauma: Relationship to physical health, psychological distress, and a written disclosure intervention. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6, 83-104.
- Gallagher, B. (1998). *Grappling with smoke: Investigating and managing organised child sexual abuse – a good practice guide*. London: NSPCC.
- Gallagher, B. (1999). The abuse of children in public care. *Child Abuse Review*, 8, 357-365.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books.
- Goldsmith, R. E., Chesney, S. A., Heath, N. M. & Barlow, M. R. (2013). Emotion regulation difficulties mediate associations between betrayal trauma and symptoms of posttraumatic stress, depression, and anxiety. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 376-384.
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Hardt, J. & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 260-273.
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E. & Glaesmer, H. (2011). Maltreatment in childhood and adolescence. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108, 287-294.
- Hopfinger, L., Berking, M., Bockting, C. L. H. & Ebert, D. D. (2016). Emotion regulation mediates the effect of childhood trauma on depression. *Journal of Affective Disorders*, 198, 189-197.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general

- population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Karos, K., Niederstrasser, N., Abidi, L., Bernstein, D. P. & Bader, K. (2014). Factor structure, reliability, and known groups validity of the German version of the Childhood Trauma Questionnaire (Short-Form) in Swiss patients and nonpatients. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23, 418-430.
- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W. & Silver, H. K. (1962). The battered-child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181, 17-24.
- Krohn, B. (2016). Janusz Korczak (eigentl. Henryk Goldszmit) 1878 – 1942. Zugriff am 04.11.2016, verfügbar unter: <http://www.bk-luebeck.eu/zitate-korczak.html>.
- Klinitzke, G., Romppel, M., Häuser, W., Brähler, E. & Glaesmer, H. (2012). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) – psychometrische Eigenschaften in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 62, 47-51.
- Leeb, R. T., Paulozzi, L. J., Melanson, C., Simon, T. R. & Arias, I. (2008). *Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements*. Atlanta, Georgia: Center for Disease Control and Prevention.
- Lueger-Schuster, B., Weindl, D., Kantor, V., Knefel, M., Jagsch, R. & Butollo, A. (2013). *Psychotraumatologische Fragestellungen zu sexuellem Missbrauch und Gewalt in Einrichtungen des Landes Niederösterreich*. Zugriff am 30.09.2016, verfügbar unter: http://ppcms.univie.ac.at/fileadmin/usermounts/luegerb8/Abschlussbericht_NOE_20130513_final.pdf.
- Lueger-Schuster, B., Kantor, V., Weindl, D., Knefel, M., Moy, Y., Butollo, A. et al. (2014). Institutional abuse of children in the Austrian Catholic Church: Types of abuse and impact on adult survivors' current mental health. *Child Abuse & Neglect*, 38, 52-64.
- Lueger-Schuster, B. (2014). *Die Wiener Heimstudie*. Zugriff am 30.09.2016, verfügbar unter: <http://heimstudie.univie.ac.at/>.
- Oshri, A., Sutton, T. E., Clay-Warner, J. & Miller, J. D. (2015). Child maltreatment types and risk behaviors: Associations with attachment style and emotion regulation dimensions. *Personality and Individual Differences*, 73, 127-133.

- Schönfeld, S., Boos, A. & Müller, J. (2011). Posttraumatische Belastungsstörung. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 985-1004). Berlin: Springer.
- Shepherd, L. & Wild, J. (2014). Emotion regulation, physiological arousal and PTSD symptoms in trauma-exposed individuals. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *45*, 360-367.
- Soenke, M., Hahn, K. S., Tull, M. T. & Gratz, K. L. (2010). Exploring the relationship between childhood abuse and analogue generalized anxiety disorder: The mediating role of emotion dysregulation. *Cognitive Therapy and Research*, *34*, 401-412.
- Soler, L., Kirchner, T., Paretilla, C. & Forns, M. (2013). Impact of poly-victimization on mental health: The mediator and/or moderator role of self-esteem. *Journal of Interpersonal Violence*, *28*, 2695-2712.
- Spitzer, C., Hammer, S., Löwe, B., Grabe, H. J., Barnow, S., Rose, M. et al. (2011). Die Kurzform des BSI-18: erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten der deutschen Version. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, *79*, 517-523.
- Sugaya, L., Hasin, D. S., Olfson, M., Lin, K. H., Grant, B. F. & Blanco, C. (2012). Child physical abuse and adult mental health: a national study. *Journal of Traumatic Stress*, *25*, 384-392.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P. & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD. Zugriff am 30.09.2016. Verfügbar unter: <http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>.
- Weiss, N. H., Tull, M. T., Lavender, J. & Gratz, K. L. (2013). Role of emotion dysregulation in the relationship between childhood abuse and probable PTSD in a sample of substance abusers. *Child Abuse & Neglect*, *37*, 944-954.
- WHO. (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2002). Child abuse and neglect by parents and other care giver – chapter 3. In WHO (Hrsg.), *World report on violence and health* (S. 58 – 86). Geneva: World Health Organization.
- Williams, L. M. (1995). Recovered memories of abuse in woman with documented child sexual victimization histories. *Journal of Traumatic Stress*, *8*, 649-673.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, *21*, 655-679.

Wolfe, D. A., Jaffe, P. G. & Jetté, J. L. (2003). The impact of child abuse in community institutions and organizations: Advancing professional and scientific understanding. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*, 179-191.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien einer PTBS nach DSM-IV	15
Tabelle 2: Diagnostische Kriterien einer PTBS nach DSM-5.....	16
Tabelle 3: Cut-off-Werte zur Beurteilung der Schwere des Missbrauchs in den einzelnen Skalen des CTQ.....	36
Tabelle 4: Verteilung der Stichprobe in die beiden Betroffenenengruppen IG und FG und in die Kontrollgruppe OG.....	36
Tabelle 5: Soziodemografische Merkmale der drei Gruppen	38
Tabelle 6: Mittelwerte und Standardabweichungen der Missbrauchserfahrungen in den drei untersuchten Gruppen.....	39
Tabelle 7: Cronbach's α der zum Einsatz gekommenen Verfahren und deren Subtests für die drei untersuchten Gruppen.....	41
Tabelle 8: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests nach signifikantem Kruskal-Wallis-Test, zum Unterschied in der ER und im PCL-5 sowie im BSI-18 zwischen den Gruppen OG, FG und IG. Signifikante Ergebnisse sind mit einem * gekennzeichnet.....	42
Tabelle 9: Darstellung der Korrelationskoeffizienten der Fragestellungen 3 bis 5 (Zusammenhänge aller untersuchten Variablen) in der Gruppe FG. Signifikante Ergebnisse sind mit einem * gekennzeichnet.....	44
Tabelle 10: Darstellung der Korrelationskoeffizienten der Fragestellungen drei bis fünf (Zusammenhänge aller untersuchten Variablen) in der Gruppe IM. Signifikante Ergebnisse sind mit einem * gekennzeichnet.....	45
Tabelle 11: Ergebnisse der Regressionsanalyse zum Einfluss der beiden Prädiktoren PCL-5 und BSI-18-Depressivität auf den CTQ-Gesamtwert.....	47

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Mediationsanalyse.....	35
Abbildung 2: Geschlechterverteilung in den drei Gruppen	37
Abbildung 3: Verteilung der höchsten abgeschlossenen Ausbildung in den drei Gruppen	38
Abbildung 4: Mittelwerte der Skalen des CTQ über die drei untersuchten Gruppe	40
Abbildung 5: Korellationskoeffizienten und Signifikanzniveaus der einzelnen Pfade des Mediationsmodells zum Zusammenhang von CTQ-Ges, DERS-Ges und PCL-5.	47
Abbildung 6: Korellationskoeffizienten und Signifikanzniveaus der einzelnen Pfade des Mediationsmodells zum Zusammenhang von CTQ-Ges, DERS-Ges und BSI-Dep.....	48